

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Smrt a umírání očima sestry

Bakalářská práce

Autor: Jana Hrubá

Vedoucí práce: Mgr. Radka Křepinská

Jihlava 2018



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Jana Hruhá
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Smrt a umírání očima sestry
Cíl práce:	Zhodnotit míru zátěže sester při ošetrování umírajících a péči o zemřelé.

Mgr. Radka Křepinská
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, Ph.D.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Smrt a umírání očima sestry“ se snaží zmapovat, jakou zátěž zdravotní sestry pocítují během ošetrovatelské péče o umírajícího pacienta a jak na ně působí smrt pacienta.

Teoretická část je zaměřena na péči o umírajícího pacienta a jeho rodinu, na péči o tělo zemřelého a na paliativní a hospicovou péči. Dále je v teorii zmíněna komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou.

V praktické části jsou shrnuty výsledky kvantitativního dotazníkového výzkumu, který byl prováděn v Nemocnici Havlíčkův Brod a na internetových stránkách survio.cz. Součástí je i diskuze, návrhy řešení a doporučení pro praxi.

Klíčová slova: smrt, umírání, sestra, paliativní péče, hospicová péče, umírající pacient.

Abstract

The bachelor thesis titled "Death and Dying through the Eyes of a Nurse" attempts to map out nurses' burden during the nursing care of a dying patient and how patient's death affects them.

The theoretical part focuses on the care of a dying patient and his/her family, care of the body after death, palliative care, and hospice care. Further, the theory refers to communication with the dying patient and his/her family.

The practical part summarizes the results of the quantitative questionnaire research carried out at the Havlíčkův Brod Hospital and on the website survio.cz. It also includes discussion, solution suggestions, and practice recommendations.

Key words: death, dying, nurse, palliative care, hospice care, a dying patient.

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Radce Křepinské za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při tvorbě mé práce.

Dále děkuji všem všeobecným sestrám, které byly ochotné vyplnit dotazník. V neposlední řadě, dekuji své rodině a blízkým, kteří mě po celou dobu studia a psaní bakalářské práce podporovali.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav problematiky	9
1.1 Umírání	9
1.1.1 Stádia umírání dle Kübler – Ross	10
1.1.2 Ošetrovatelská péče o umírajícího	11
1.1.3 Potřeby umírajícího.....	11
1.1.4 Péče o rodinu a její potřeby	13
1.1.5 Komunikace s umírajícím a jeho rodinou.....	14
1.1.6 Sestra a umírající pacient.....	16
1.2 Smrt.....	16
1.2.1 Známky smrti	18
1.2.2 Péče o mrtvé tělo.....	18
1.2.3 Sepsání pozůstalosti.....	19
1.2.4 Informování pozůstalých	19
1.2.5 Reakce pozůstalých.....	20
1.2.6 Péče o pozůstalé.....	20
1.3 Paliativní péče	21
1.3.1 Formy.....	21
1.4 Hospic	22
1.4.1 Formy hospicové péče	22
2 Výzkumná část.....	24
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	24
2.2 Metodika výzkumu.....	24
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	24
2.4 Průběh výzkumu.....	24
2.5 Zpracování získaných dat.....	25

2.6	Výsledky výzkumu.....	25
2.7	Diskuze.....	45
2.8	Návrh řešení a uvedení do praxe.....	50
2.9	Závěr	51
	Seznam použité literatury	53
	Seznam grafů	56
	Seznam příloh	57
	Seznam zkratk	57

Úvod

„Smrt není zlá, smrt je jen kus života těžkého.

Co strašné je, co zlé je, to umírání je.“

J. Wolker

Slova smrt a umírání vyvolávají různé pocity v každém člověku, ať už je to lítost, smutek, strach, nebo úleva, vysvobození či prázdnota. Jsou tyto pocity důvodem, proč se o smrti a umírání nemluví? Víme, že tato fáze našeho života přijde, je naši součástí, ale děsí nás, protože o ni nic nevíme. Nevíme, co očekávat, co nás čeká za „zavřenými dveřmi“ našeho života, nevíme, jak na tom budou pozůstalí, které tady zanecháme, či jestli tam nebudeme sami. Nábožensky založení lidé věří v posmrtný život, který jim pomáhá vyrovnat se s tímto strachem a se smrtí samotnou. Ale co lidé, kteří nejsou věřící? Doufají ve svém podvědomí v posmrtný život. Každý smrt vnímá jinak v závislosti na jeho filozofických názorech i zkušenostech. Někteří si ho můžou představovat jako ráj, kde se setkají s ostatními, někteří zase jako prázdnotu, kde už nic není a někteří jako jinou formu života. Část lidí si myšlenky na smrt příliš nepřipouští a raději je vytěšňuje. Jak jsou na tom zdravotníci, kteří se setkávají se smrtí během své praxe?

Svojí prací na téma „Smrt a umírání očima sestry“ bych chtěla alespoň některé z těchto otázek odpovědět. Zajímá mě, jak se s umíráním a smrtí vyrovnávají všeobecné sestry. Zda jejich chování, pohled na život a i na samotnou smrt je ovlivněno smrtí pacienta, nebo jestli na nich smrt a umírání pacienta nezanechá žádnou „stopu“ a vnímají jí, jako součást každodenní činnosti. Domnívám se, že každá smrt musí po sobě zanechat „stopu“ v lidském prožívání, jen u někoho je větší a u někoho menší. Tyto „stopy“ mohou zdravotníkům umožnit vnímat potřeby umírajícího člověka tak, aby byli schopni v dostatečné míře pomoci překonat toto závěrečné období jak pacientovi tak i jeho blízkým.

Ve své práci se zaměřuji především na pocity a zátěž, které může umírání a smrt pacienta vyvolat u všeobecných sester. Zajímá mě i úroveň komunikace sester s umírajícími a spolupráce s rodinou.

1 Současný stav problematiky

1.1 Umírání

Umírání je proces, který začíná už od narození. Každý člověk umírá různě. Liší se délkou, prožíváním, podobou smrti (Kelnarová, Matějková, 2010).

Lékaři umírání označují jako terminální stav – tedy konečný stav, kdy dochází k postupnému a nevratnému selhávání funkcí a orgánů. Je to dlouhodobý proces, který končí smrtí jedince. Každý jedinec toto období prožívá individuálně (Špatenková et al., 2014).

Umírání je rozděleno na tři období: *pre finem* (před umíráním), *in finem* (vlastní umírání), *post finem* (po smrti) (Andrésová, Slezáková, 2013).

Pre finem

Pre finem je období před umíráním, kdy pacient prochází pěti stádii, které definovala Kübler-Rossová (popření, zlost, smlouvání, deprese, smíření). Tyto stádia pomůžou pacientovi smířit se se svou nemocí (Andrésová, Slezáková, 2013).

In finem

Je období umírání, kdy pacient prochází třemi stádii umírání:

- a) *Agónie* – během agónie dochází k selhávání některých orgánů, ale základní životní funkce jsou zachovány.
- b) *Klinická smrt* – tento typ smrti nastává, když mozkové buňky jsou zachovány, ale srdeční činnost a dech jsou zastavené. Člověka lze oživit pomocí resuscitace.
- c) *Biologická smrt* – tento stav už nelze navrátit. Zanikají buňky, včetně mozkových buněk (Andrésová, Slezáková, 2013).

Post finem

Post finem je období, které začíná smrtí. Zahrnujeme do ní péči o mrtvé tělo a podporu pozůstalých (Andrésová, Slezáková, 2013).

1.1.1 Stádia umírání dle Kübler – Ross

Švýcarská lékařka Elizabeth Kübler – Ross v roce 1969 definovala pětistupňový model, který popisuje vyrovnání jedince se ztrátou, žalem a zármutkem (Raudenská et al., 2011).

Jednotlivá stádia nemusí následovat postupně za sebou, mohou se různě prolínat, přeskakovat, vracet. U každého člověka je tento proces individuální. Prochází jimi nejen umírající, ale i rodinní příslušníci, přátelé apod. (Kübler-Ross, 2015).

1. stádium – POPÍRÁNÍ A IZOLACE

Toto stádium se projevuje jak u pacientů, kteří o své diagnóze věděli hned od začátku nemoci, tak i u pacientů, kteří se o závěru své nemoci dozvěděli po delším čase. Často tato fáze bývá pro pacienta obranná, kdy pacienti nevěří lékařům, a potřebují potvrdit diagnózu od jiného lékaře. Nechtějí se vzdát naděje, že jde pouze o omyl. Délka tohoto stádia hodně závisí na tom, jak byl pacient zpraven o svém stavu, zda rychle a neempaticky, nebo naopak. Na konci tohoto stádia dochází k přijetí skutečnosti (Kübler-Ross, 2015).

2. stádium – ZLOST

Druhé stádium nastává, když je první stádium neudržitelné. Pro okolí pacienta je toto stádium velice obtížné, protože se hněv obrací na všechny, kteří se objeví v blízkosti pacienta. V nemocnici toto stádium nejvíce pocítují sestry, kdy pacient je „nenechá vydechnout“ a úkoluje je různým způsobem (Kübler-Ross, 2015).

3. stádium – SMLOUVÁNÍ

Třetí stádium je méně známé, než předchozí stádia. Pacient se snaží se svým „osudem (Bohem) obchodovat“. Žádá o odklad smrti, či zlepšení stavu (Kübler-Ross, 2015).

4. stádium – DEPRESE

Stádium deprese nastává v době, kdy pacient už nemůže popírat svou nemoc. Přibývají léčebné metody, vyšetření, pacient začíná ztrácet svou sílu a k tomu roste finanční zátěž. Pacient začíná ztrácet svou

roli ve společnosti a pocítuje vinu a smutek. Všechno dohromady pak vede k depresi. Nesmíme ale zapomenout, že nemocný člověk si musí projít určitou depresí, aby se vyrovnal se smrtí (Kübler-Ross, 2015).

5. stádium – AKCEPTACE

Akceptace nastává, když se v pacientovi neprobouzí ani hněv, ani deprese a s pomocí překonal předchozí stádia. V této fázi se umírající smiřuje se svou nemocí a ocitá se v „tichém očekávání“, kdy čeká na smrt. Je unavený, zesláblý, často podřimuje. Je nutná nejen podpora nemocného, ale i podpora jeho rodiny (poradny, vysvětlení nemoci, apod.) (Kübler-Ross, 2015).

1.1.2 Ošetrovatelská péče o umírajícího

Během umírání poskytují zdravotní sestry pacientovi aktivní ošetrovatelskou péči až do konce jeho života. Pacient na zdravotních sestrách nesmí poznat, že jeho situace je bezvýchodná. Zdravotní sestry plní lékařské ordinace, uspokojují potřeby umírajícího a respektují ho jako autonomní bytost s jeho důstojností (Vytečková et al., 2013).

1.1.3 Potřeby umírajícího

Potřeby každého člověka jsou proměnlivé – závisí na osobě, na kultuře, na rodině, na onemocnění, atd.

Během umírání člověk mění své priority a perspektivy, objevuje se úzkost a strach z odloučení, ze ztráty své role, z osamocení. Mnoho pacientů se snaží v poslední etapě svého života dořešit své záležitosti, urovnat spory, postupně se loučí se svým životem a přáteli. Proto by měli pacienti znát svou diagnózu, aby se stihli se vším vyrovnat (Kalvach et al., 2011).

Pro všeobecnou sestru je velice důležité, aby při přijetí pacienta zjistila, jaký má pacient pohled na své potřeby, a společně pak stanovit jeho priority a plán ošetrovatelské péče (Bužgová, 2015).

Dále by měla sestra pamatovat, že umírající lidé mají stejné potřeby jako zdraví lidé, a kromě uspokojování biologických, spirituálních, sociálních a psychologických potřeb, mohou mít další specifické potřeby, jako jsou například:

- tlumení bolesti a jiné utrpení,
- bezpečná zdravotní péče,
- komunikace,
- rozloučení a smíření,
- spirituální podpora (hlavně u věřících lidí),
- pomoci v osobních záležitostech včetně poslední vůle (Kalvach et al., 2011).

Biologické potřeby

Mezi biologické potřeby řadíme potřeby, které vyžaduje tělo, ať už jde o dýchání, stravu, vyprazdňování, bolest a další. Vždy se snažíme tyto potřeby uspokojit co nejpřirozenější cestou (Svatošová, 2012).

Je důležité, aby se pacient cítil dobře, k tomu nám napomáhá správná hygiena, dostatečná aktivita a odpočinek, péče o dýchací cesty, atd. Součástí péče o umírajícího pacienta je i dotek a pohlazení, které napomáhají psychické pohodě pacienta.

K biologickým potřebám patří i péče o kůži a vzhled pacienta. Proto se snažíme předcházet proleženinám pomocí aktivace pacienta, ochrannými krémy, masáží, atd. (Plevová et al., 2011).

Ne vždy je o potřeby pacienta lépe postaráno ve zdravotnickém zařízení. Pro naplnění některých potřeb jsou lepší podmínky v domácím prostředí. Příkladem může být nerušený spánek nastávajícím ve známém prostředí, kde se pacient cítí v bezpečí (Svatošová, 2012).

Spirituální potřeby

Dříve byli (a někdy i do dnes bývají) tyto potřeby považovány za méně důležité, taktéž byly označovány za specifické potřeby věřících. Tyto potřeby jsou ale důležité i pro nevěřící osoby (Svatošová, 2012). V určitých situacích (vážná nemoc, bolest, utrpení, apod.), spirituální potřeby vstupují do popředí a stávají se pro pacienta více důležité (Plevová et al., 2011). V průběhu vážné nemoci, i během umírání, se lidé zabývají otázkami smyslu života, jestli jejich život měl smysl. Pokud tato potřeba není naplněna, dochází ke stavu duchovní nouze a člověk trpí a zoufá si. Je dobré, ukázat tomuto člověku, že v každé situaci se dá žít smysluplně (Svatošová, 2012).

Sociální potřeby

Mezi sociální potřeby řadíme nejen sociální problematiku (finanční podmínky, dostupnost potřebného vybavení, apod.), ale i potřebu společnosti (Plevová et al., 2011), protože člověk nežije, nestůně a neumírá sám. Proto by sestra neměla nijak bránit návštěvám, pokud s sám pacient nepřeje jinak. I samotná komunikace s personálem uspokojuje potřebu společnosti (Svatošová, 2012).

Psychologické potřeby

Je důležité pamatovat, že člověk není jen schránka s orgány, ale že je jedinečnou bytostí s vlastním posláním. Proto je nutné, aby byl chápán a respektován, hlavně v období, kdy svoje poslání, život, dovršuje (Svatošová, 2012).

V rámci psychosociální podpory je důležité se zaměřit na udržení naděje, kterou pacientovi nikdo nesmí vzít. Pacient se motivuje na reálné cíle v časově přiměřeném horizontu (například: návštěva, oslava narozenin, apod.), které obsahují radost a přinášejí potěšení. Nesmíme zapomenout na pláč. Každý člověk má právo na pláč, zvláště ti, co umírají. Pláč má osvobozující účinek.

Zdravotníci by měli usilovat o psychickou pohodu pacienta nabídnutím kousku sebe (drží ho za ruku, pohladí ho, komunikují s ním, usmívají se, apod.). Zdravotníci přinášejí jistou úlevu a posilu, pacient se necítí sám (Plevová et al., 2011).

Potřeba jistoty a bezpečí

Dále k potřebám řadíme i potřebu jistoty a bezpečí. Podstatou této potřeby je mít svůj život pod kontrolou, alespoň částečnou. Tu ale nemoc a blížící smrt bere. Proto je důležité, abychom pacienta zapojovali do plánování léčby, dát mu možnost rozhodovat o možnosti léčby. Měli bychom pacientu podávat dostatek informací o jeho zdravotním stavu a neměli bychom mu lhát. Měl by mít příležitost mluvit o strachu a obavách, Od zdravotníku je očekává, že u pacienta budou podporovat pocit jistoty a bezpečí (Plevová et al., 2011).

1.1.4 Péče o rodinu a její potřeby

Nen jen pacienti, ale i jejich rodiny mají své potřeby. Je důležité, aby se i jim dostávala podpora od lékařů a zdravotního personálu (Bužgová, 2015). Sestra by

měla být aktivní v podpoře rodiny a pomáhat rodině starat se o umírajícího pacienta (Vorlíček et. Al., 2012).

Pokud nejsou uspokojeny potřeby rodiny, tak je rodina méně schopna se o pacienta starat.

Pro rodinu jsou důležité čtyři potřeby, které by měli být vždy uspokojeny:

- *Dostatek informací* – jsou to informace o péči, o nemoci, o následcích, jak komunikovat s pacientem a okolím, jaké problémy nastanou při podpoře umírajícího, jaké služby jsou k dispozici, atd. (Vorlíček et al., 2012).
- *Ujištění, že pacient nemá velké potíže a netrpí* – pro rodinu je důležité vědět, že jejich blízký netrpí. Proto je dobré zapojit členy rodiny do ošetrovatelského plánu a seznámit je se základním principem léčby bolesti (Vorlíček et al., 2012).
- *Praktické dovednosti* – sestra dává rady (učí) rodině, jak manipulovat s pacientem, jak dělat jednotlivé úkony (hygiena, stravování, polohování, apod.). Tyto informace jsou stěžejní zejména, pokud se rodina stará o pacienta doma (Vorlíček et al., 2012)
- *Emocionální podporu* – je potřeba uspokojovat emocionální potřeby rodiny, aby se mohli o pacienta starat a emocionálně se nevyčerпали. Pomůže jim, když se s nimi podělíme o pozitivní zkušenosti jiných rodin, které se starali o umírajícího pacienta (Vorlíček et al., 2012).

1.1.5 Komunikace s umírajícím a jeho rodinou

Často si sestry neví rady v komunikaci s umírajícím pacientem nebo s jeho rodinou. Bohužel, v této komunikaci si sestry často neví rady. I když chtějí pomoci pacientovi v jeho nejistotě, často se vyhýbají odpovědi a přebíhají k lehčímu tématu. Sestra se nikde ve škole či kurzech nenaučí, jak komunikovat s umírajícím pacientem, ale svoje zkušenosti jak komunikovat získává během praxe (Heřmanová, 2012).

Komunikace s umírajícím

Jedna z nejnáročnější oblastí komunikace je komunikace s umírajícím. Aby sestra správně komunikovala s umírajícím, je potřeba, aby si ujasnila vlastní pohled na umírání a smrt.

Sestra by měla při komunikaci s vážně nemocnými, nebo umírajícími pacienty dodržovat:

- příjemné (důvěryhodné) prostředí, kde pacient a jeho příbuzní mohou sdílet své myšlenky a pocity,
- dostatek času (pro rozhovor, pro rozhodnutí, apod.),
- podat pravdivé informace (informace o zdravotním stavu podává vždy lékař),
- chápat pacienta a jeho strach, obavy a úzkost,
- přistupovat k pacientovi s respektem a empatií,
- používat otevřené otázky,
- dopřát pacientovi přímý kontakt s rodinou, zapojit rodinu do péče,
- pomoci pacientovi žít v přítomnosti a povzbudit ho, aby dokončil věci, které chce dokončit,
- pomáhat rodině i po úmrtí pacienta (Plevová et al., 2011).

Komunikace s rodinou

Komunikace s rodinou by měla být dostatečná, pokud není dostatečná komunikace ve stadiu „hledání viníka“, která je součástí vyrovnání se se smrtí, lidé často obviňují lékaře, nebo zdravotnický personál ze smrti příbuzného (Špatenková et al., 2014).

Občas ani známí a přátelé nedokážou poskytnout pozůstalým podporu, proto ji často vyhledávají u sestry, která by měla dodržovat několik zásad:

- vyhradit si dostatek času a zajistit klidné prostředí,
- zachovat společenské rituály (představení se, vyjádřit soustrast, apod.),
- vyjadřovat se věcně, nesnažit se o zmírňující opisy,
- nechat dostatek času, aby pozůstalí mohli zprávu slyšet, přijmout ji a vyrovnat se s ní,

- popsat úmrtí – používat slova, která jim uleví (netrpěl, zemřel ve spánku, apod.),
- být citlivá a trpělivá,
- naslouchat jim (vzpomínky, pocity), poskytnout prostor pro diskuzi,
- vyhýbat se zbytečných frází a rad,
- nepřerušovat pozůstalé ve sdělování, „dovolit“ tichu připojit se ke konverzaci,
- seznámit pozůstalé s formalitami, které jsou potřeba vyplnit,
- poskytnout zdroje podpory a pomoci – psycholog, duchovní, atd. (Plevová et al., 2011).

1.1.6 Sestra a umírající pacient

Péče o umírajícího pacienta je velmi náročná pro sestru jak fyzicky, tak i psychicky. Z hlediska zátěže patří péče o umírajícího pacienta k nejvýraznějším. Proto u sester a ostatního zdravotnického personálu často dochází k syndromu vyhoření.

Velmi těžká zátěž pro sestru nastává při kontaktu s pacienty, jejichž stav se zhoršuje. Mohou nastat problémy v komunikaci s umírajícím pacientem, zvlášť pokud sestra s umírajícím pacientem navázala bližší vztah.

Tato problematika, se promítá do vztahů na pracovišti (např. může vyvolávat konflikty, apod.) a může se odrazit i na osobní život zdravotníka (např. konflikty s rodinou, izolovanost, stres, apod.).

Velikost emoční zátěže nezávisí jenom na charakteru osobnosti, ale i na postavení v ošetrovatelském týmu, na míře odpovědnosti, na struktuře oddělení, typu onemocnění, atd. Proto je velmi důležité předcházet syndromu vyhoření různým způsobem např. pomocí supervize, relaxačních technik, rozšiřováním znalostí thanatologie, apod. (Kupka, 2014).

1.2 Smrt

Smrt je označována jako konec biologického života. Doprovází ji změny, které brání obnovení životních funkcí. Úmrtí může nastat kdykoliv během života.

Obor, který se zabývá smrtí a umíráním se nazývá thanatologie (Vytečková et al., 2013).

U smrti rozlišujeme 3 typy podle příčin:

- a) *přírozená smrt* – nastává z přírozených příčin, např. onemocnění,
- b) *nepřírozená smrt* – vzniká díky zevním příčin, např. otrava, nehody, úrazy, apod.,
- c) *náhlá smrt* – je úmrtí do jedné hodiny a je z přírozených příčin (Lukáš, Žák, 2014).

Dále můžeme smrt rozdělit podle stavu tělesných orgánů:

Klinická smrt

Klinická smrt nastává, když srdce přestane pumpovat krev, tedy při zástavě krevního oběhu, ale mozkové buňky jsou zachovány. Postižený upadá do bezvědomí, a hrozí mu smrt. Při poskytnutí včasné a účinné resuscitace může být tento stav vratný (reverzibilní) (Nováková, 2012).

Biologická smrt

Tento stav nastává po klinické smrti, pokud není poskytnuta první pomoc. Je nevratná a nastává zánik jednotlivých orgánů (např.: mozek odumírá do 5 minut). Často je nazývána „smrt mozku“ (Nováková, 2012).

Sociální smrt

Jedná se o částečné odumření mozku. Dech a krevní oběh bývá zachován, ale řídicí centra pro verbální komunikaci jsou poškozena. Je označovaná jako kóma *vigile* nebo apatický stav (Vytečková et al., 2013).

Smrt zdánlivá (vita minima)

Tato smrt může nastat například v kómatu, kdy životní funkce jsou omezeny na minimum. Nemusí být ani aktivita na EEG a EKG. Je velmi obtížné ji odlišit od skutečné smrti (Vytečková et al., 2013).

1.2.1 Známky smrti

Zda je někdo po smrti nám napomáhají určovat známky smrti, které dělíme na jisté a nejisté.

Jisté známky

Objevují se za určitou dobu po smrti. Jedná se o chemické a fyzikální změny (Kelnarová, Matějková, 2010).

Jsou to například: posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost, mrtvolná hniloba, zápach, a jiné (Kelnarová, 2012).

Nejisté známky

Neurčují jednoznačně stav smrti, i když se vyskytují najednou, mohou být z jiných příčin.

Jsou to například: bledá kůže, pokles tělní teploty, ochabnutí svalstva, nehmatný pulz a další (Kelnarová, Matějková, 2010).

1.2.2 Péče o mrtvé tělo

K práci sestry patří i péče o mrtvé tělo, přičemž její prvotní povinností je zavolat lékaře, protože pouze lékař může stanovit smrt.

Poté má lékař za úkol prohlédnout tělo zemřelého a vyplnit tři formuláře: list o prohlídce mrtvého, průvodní list ke klinické pitvě a oznámení o úmrtí.

Po lékaři přebírá péči o mrtvé tělo sestra, která by měla pracovat důstojně, šetrně a s úctou. Pokud tělo není převezeno do speciální místnosti, sestra požádá ostatní pacienty, zda by nemohli opustit pokoj (Mlýnková, 2017).

Úkoly sestry

Nejprve sestra z lůžka odstraní vše (polštář, deku, zdravotní pomůcky, apod.), co by mohlo bránit v manipulaci s tělem (Mlýnková, 2017).

Zemřelého svlékne, odstraní z těla cévky, katetry, obvazy a náplasti. Drény se ponechávají, pouze se zastříhnou. Odstraní umělý chrup, šperky. Pokud umělý chrup nebo šperky nejdou sundat, lékař je zapíše do Listu o prohlídce zemřelého. Potom sestra zemřelého umyje.

Tělo uloží vodorovně a ruce dá podél těla nebo spojí na břicho. Podváže bradu, aby po ztuhnutí těla nebyla ústa otevřena. Oční víčka zavře (můžou se přelepit proužkem náplasti).

Nakonec tělo označí na pravou dolní končetinu (jméno a příjmení, rodné číslo, datum smrti a oddělení, kde k úmrtí došlo). Identifikační náramek ponechá, některá zařízení dávají na palec dolní končetiny štítek.

Po označení tělo zabalí (například do prostěradel, apod.) a ponechá 2 hodiny na oddělení od konstatování smrti. Potom se tělo převezve na patologicko-anatomické oddělení (Vytejšková et al., 2013).

1.2.3 Sepsání pozůstalosti

Sepisování pozůstalosti provádějí vždy dvě osoby, sestra a svědek. Sestra sepisuje pozůstalosti do příslušného formuláře nebo do sešitu pozůstalosti. Po sepsání se oba členové podepíší.

Zapisují se:

- osobní věci (fotky, oblečení, hygienické potřeby, apod.),
- osobní doklady (občanský průkaz, kartička pojišťovny, apod.),
- finanční hotovost (přesná částka),
- elektroniku (mobilní telefon, počítač – uvést i značku),
- cennosti (hodinky, šperky – popsat barvu kovu).

Cennosti se uloží do trezoru na oddělení a osobní věci do místnosti k tomu určené, než si je vyzvedne rodina (Burda, Šolcová, 2016).

1.2.4 Informování pozůstalých

Informaci o smrti pozůstalým sděluje pouze lékař. Tato informace se nesmí předávat na chodbě mezi dveřmi, ale na klidném a bezpečném místě a osobně.

Je vhodné zachovat základy slušného chování (pozdravit, představit se, zajistit, aby nedocházelo k vyrušování, apod.) a popsat okolnosti úmrtí. Lékař by neměl při rozhovoru pospíchat a neměl by se bránit diskusi. Měl by být připraven na otázky, hovořit věcně, nesnažit se o zmírňující opisy. Pozůstalým by se mělo nechat dostatek

času, aby se s informací mohli vyrovnat, poté se může přistoupit k formalitám, které budou následovat. V dalším postupu může být pozůstalým nabídnuta pomoc sociálního pracovníka, duchovního nebo psychologa (Kupka, 2014).

1.2.5 Reakce pozůstalých

Lidé si smrt většinou spojují s vyšším věkem. Proto, když umře člověk ve vyšším věku, je reakce pozůstalých na smrt mírnější, než když se jedná o smrt mladého člověka. Také rozhoduje, zda se jedná o smrt, kterou čekáme (například u lidí s vážnou nemocí, vyšší věk, apod.), nebo jestli umře člověk náhle (například při autonehodě). V případě očekávané smrti se pozůstalý rychleji a lépe vyrovnává se smrtí, to ale neznamena, že truchlí méně.

U náhlého úmrtí bývá truchlení obtížnější, pozůstalí dlouho pocítují „životní vykojení“ úzkost, depresi. Mívají pocit, že zemřelý je stále naživu (Špatenková et al., 2014).

1.2.6 Péče o pozůstalé

Pozůstalí prožívají otřes a šok i v případě, kdy bylo úmrtí očekávané. Proto je důležité poskytnout jim klid, prostor na otázky a vypovídání se. Je důležité ujistit rodinu, že nemocný netrpěl, vyjádřit jim soustrast a pronést pár slov o zemřelém.

Pozůstalí prochází obdobím truchlení. Toto období pomáhá pozůstalým přijmout smrt blízkého člověka. Probíhá ve třech fázích:

1. konfuze – otřes – intenzivní fáze od úmrtí do pohřbu,
2. exprese – smutek, žal – je různě dlouhé, záleží na vztahu mezi pozůstalým a zemřelým, často se vrací na začátek procesu,
3. akceptace – přijetí skutečnosti – pozůstalý v této fázi dokáže žít bez milované osoby, nachází nový smysl života, nové vztahy a přestane vyhledávat pomoc u odborníku (Marková, 2010).

1.3 Paliativní péče

Paliativní péče se netýká jen lidí, kteří se ocitnou bezprostředně před smrtí, a dlouhodobě nemocných, ale i jejich příbuzných. WHO zdůrazňuje, že pokud není poskytnutá péče nemocnému a jeho blízkým, nejedná se o kvalitní paliativní péči a léčbu (Marková, 2010).

Existuje mnoho definic paliativní péče, ale mají společný cíl, a to zlepšit kvalitu života a řešit symptomy (Marková, 2010).

Definice dle American Academy of Hospice and Palliative Medicine:

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“ (Marková, 2010, str. 19).

Paliativní péče patří mezi mladé obory, vyvíjet se začala v druhé polovině 20. století, jako součást zdravotní a sociální péče (Bužgová, 2015).

1.3.1 Formy

V paliativní péči rozlišujeme dvě formy, obecnou paliativní péči a speciální paliativní péči.

Obecná paliativní péče

Obecnou formu paliativní péče by mělo poskytovat každé zdravotnické zařízení.

Součástí je včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti další léčby, sledování, porozumění a poskytnutí péče a léčby (Marková, 2010).

Speciální paliativní péče

Speciální paliativní péče se poskytuje ve specializovaných zařízeních, kde je také možnost poskytnout konzultace ostatním zdravotníkům (Marková, 2010).

Do speciální paliativní péče řadíme:

1. *Ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní tým* skládající se z lékaře, všeobecné sestry a sociálního pracovníka. Ovlivňují kvalitu péče a dochází na různá oddělení.

2. *Oddělení paliativní péče* nacházející se ve zdravotnickém zařízení a poskytuje kompletní paliativní péči pacientům. Slouží jako základna pro paliativní tým.
3. *Speciální hospicová poradna*, která může být formou telefonickou, pomocí internetu nebo přímou formou (Kupka, 2014).

Dále sem řadíme domácí hospicovou péči, stacionární péči a lůžkový hospic, tyto jsou popsány v kapitole Hospic.

1.4 Hospic

Hospicová péče se řadí do paliativní péče, která doprovází nemocného v terminálním stadiu. Hospic vychází z úcty k člověku a jeho životu. Zajišťuje pacientovi, že bude respektován a v poslední chvíli života nebude ponechán v osamělosti (Kupka 2014).

Po druhé světové válce ve Velké Británii založila dr. Cecilly Saundersová St. Christopher Hospice, který byl prvním hospicem na světě. Hlavní propagátorkou hospicové péče v České republice je MUDr. Marie Svatošová, která otevřela první kamenný hospic *Hospic Anežky České* roku 1996 v Červeném Kostelci (Tomeš et al., 2015). Po otevření Hospice Anežky České, byl velký zájem o hospitalizaci v něm. A brzy se otevřely další hospice (Svatošová, 2011).

I když lidé jsou spokojeni s hospicovou péčí, v dnešní době se v České republice nachází pouze 15 lůžkových hospiců a pomalu se rozvíjí i domácí hospic (Haškovcová, 2012).

Hospicovou péči dělíme na domácí péči, stacionární péči a lůžkovou péči. Jaká forma péče bude u pacienta poskytnutá, vždy rozhoduje hospicový lékař (Kupka, 2014).

1.4.1 Formy hospicové péče

Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je ideální pro nemocné, ale není vždy dostatečná. Její omezení spočívá v rodinném zázemí, které se buď časem vyčerpá, nebo schází. Dále je omezená, pokud se jedná o velkou rodinu na malém místě (například: děti nemůžou plnit povinnosti do školy, ostatní si nemůžou odpočinout, protože se musí starat o nemocnou babičku), nebo může být omezena kvůli nedostatku odbornosti (Svatošová, 2011).

V domácí hospicové péči rozlišujeme dvojí druh: *home care* (ošetřovatelská péče je prováděna profesionály, kteří docházejí do domácnosti) a *home help* (ošetřovatelskou péči provádějí především laici – rodinný příslušník).

U domácí hospicové péče je nutné poskytnout rodinným příslušníkům (osobám, co se starají o umírajícího člověka) psychickou podporu a praktickou pomoc (Kupka, 2014).

První domácí hospic v České republice nesl název „Cesta domů“, založen byl v Praze v roce 2001 (Haškovcová, 2012).

Stacionární hospicová péče (denní pobyt)

Denní stacionář je „školka pro nemocné“. Nemocný je do stacionáře dopraven ráno (rodinou nebo hospicem) a odchází odpoledne nebo k večeru. Tato forma je vhodná, pokud rodina bydlí v okolí (Svatošová, 2011).

Tento typ péče se využívá nejčastěji při aplikaci chemoterapie a jiné paliativní péče, nebo když si rodina i pacient potřebují na nějaký čas od sebe odpočinout. Stacionární hospicová péče může fungovat jako preventivní opatření před zbytečnou hospitalizací, nebo vyčerpání rodiny a předcházení konfliktním situacím (Kupka, 2014).

Lůžková hospicová péče

Nemocní jsou do lůžkové hospicové péče umístěni, pokud nemají možnost hospicového stacionáře (bydlí daleko), nebo když nemocní vidí, cítí, že se to doma už nezvládá, ale pobyt v nemocnici není nutný. Lidé sem přicházejí na krátkodobé, opakované pobyty zcela dobrovolně a svobodně tehdy, pokud to cítí jako vyhovující (Svatošová, 2011).

Denní režim v hospici se liší od režimu v nemocnici. V hospici (pokud to stav pacienta umožňuje) si pacient může vytvořit svůj vlastní denní režim. Nikdo ho brzy nebudí, stává si, kdy chce, spí, jak dlouho chce, jí, myje se, kdy chce, je mu umožněno si popovídat, atd. (Kupka, 2014).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl: Zhodnotit míru zátěže sester při ošetřování umírajících a péči o zemřelé.

Výzkumné otázky:

1. Jaký typ pocitů a zátěže u sester ošetřujících umírajícího pacienta převažuje?
2. Jak se sestra vyrovnává s úmrtím pacienta?
3. Jak sestry vnímají komunikaci s umírajícím pacientem?
4. Jaký má vliv smrt pacienta na sestru?

2.2 Metodika výzkumu

Ve své práci jsem použila metodu kvantitativního výzkumu, abych pokryla více respondentů. Dotazník (příloha 1) jsem strukturoval na 20 otázek, kde měli respondenti 2 otevřené otázky a 18 uzavřených. U 3 uzavřených otázek, měli možnost více odpovědí. Na začátku dotazníkového šetření byly respondenti poučeni o anonymitě.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumu se zúčastnilo 125 respondentů, z toho 44 respondentů pocházelo z Nemocnice Havlíčkův Brod a 81 respondentů vyplnilo dotazník na internetové stránce survio.cz.

V Nemocnici Havlíčkův Brod jsem prováděla výzkum na oddělení následné péče a rehabilitace, anesteziologicko-resuscitační oddělení, neurologické oddělení, interní oddělení, infekční oddělení, jednotka intenzivní péče – chirurgie. Rozdala jsem 60 dotazníků a vrátilo se mi 44 dotazníků. Na internetu nebyl počet omezen.

2.4 Průběh výzkumu

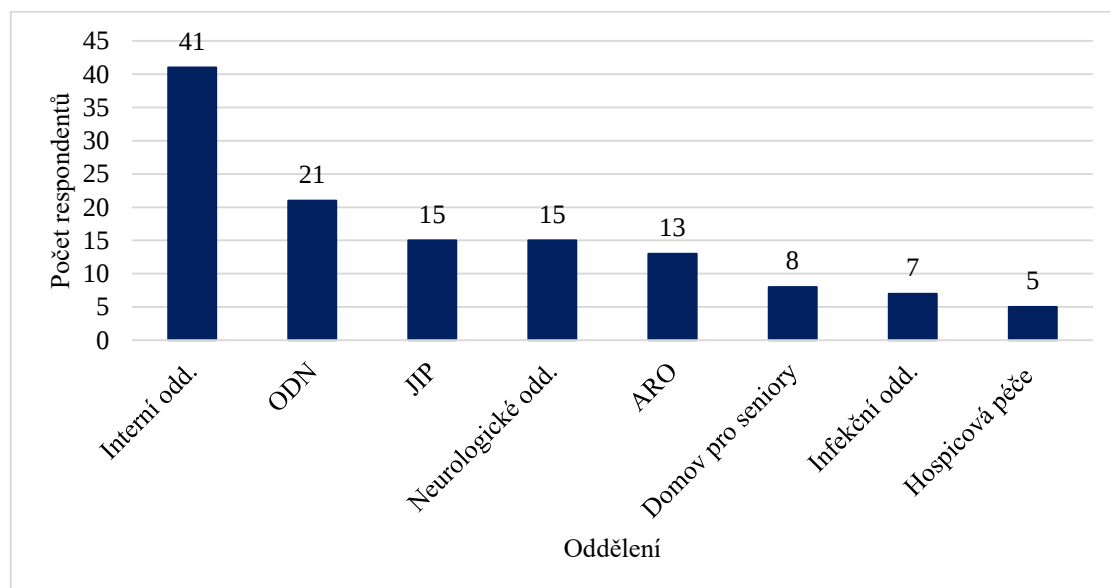
Výzkum trval od února 2018 do dubna 2018 v Nemocnici Havlíčkův Brod a na internetové stránce survio.cz. Výzkumu v Nemocnici Havlíčkův Brod předcházelo povolení od náměstkyně ošetrovatelské péče Nemocnice Havlíčkův Brod (příloha 2).

2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovala v programech Microsoft Office Word 2013 a Microsoft Office Excel 2013. Výsledky výzkumu jsem zaznamenala do grafů v absolutní četnosti.

2.6 Výsledky výzkumu

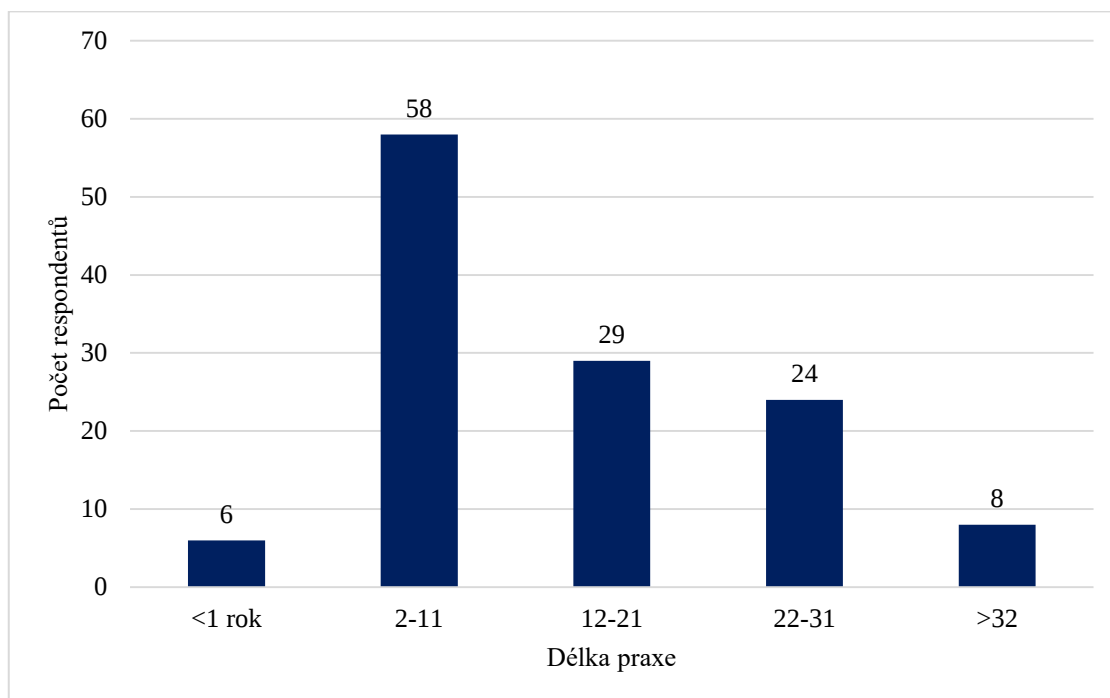
1. Oddělení



Graf 1: Oddělení

Graf 1 informuje, kde respondenti pracují. Na interním oddělení pracuje 41 (33 %) respondentů, na infekčním oddělení pracuje 7 (6 %) respondentů, na JIP pracuje 15 (12 %) respondentů, na neurologickém oddělení pracuje 15 respondentů (12 %), na ODN pracuje 21 (17 %) respondentů, na ARO pracuje 13 (10 %) respondentů, v domově pro seniory pracuje 8 (6 %) respondentů a v hospicové péči pracuje 5 (4 %) respondentů.

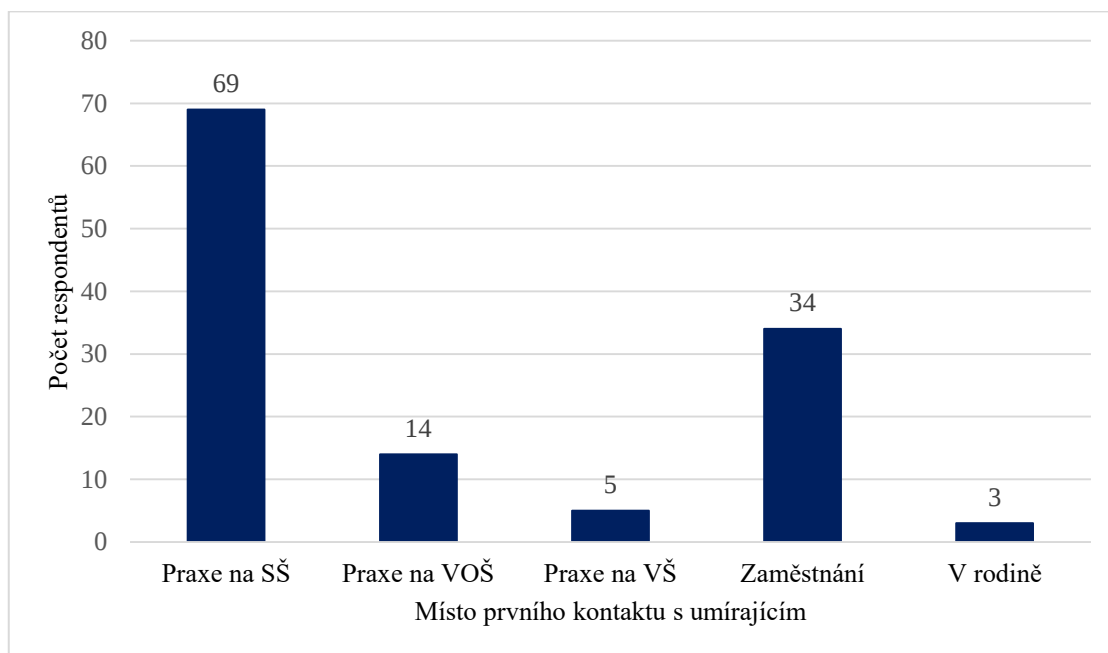
2. Délka praxe



Graf 2: Délka praxe respondentů

Graf číslo 2 zobrazuje délku praxe respondentů. 6 (5 %) respondentů má délku praxe do jednoho roku, 58 (47 %) respondentů pracuje v rozmezí 2 – 11 let, 29 (23 %) respondentů pracuje v rozmezí 12 – 21 let, 24 (19 %) respondentů pracuje v rozmezí 22 – 31 let a 8 (6 %) respondentů pracuje déle, jak 32 let.

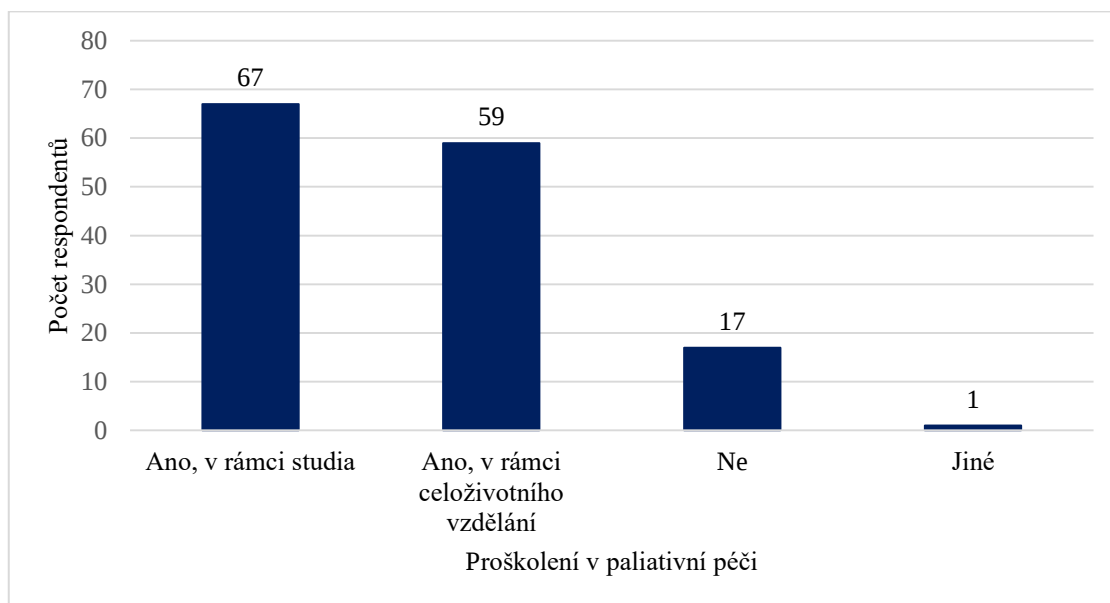
3. První kontakt s umírajícím pacientem



Graf 3: Místo prvního kontaktu s umírajícím

Graf číslo 3 uvádí, kdy respondenti poprvé pečovali o umírajícího pacienta. Z výsledků vyplývá, že 69 (55 %) respondentů pečovalo o umírajícího pacienta poprvé během praxe na střední škole, 14 (11 %) respondentů během praxe na vyšší odborné škole, 5 (4 %) respondentů během praxe na vysoké škole, 34 (27 %) respondentů v zaměstnání a 3 (2 %) respondenti v rodině.

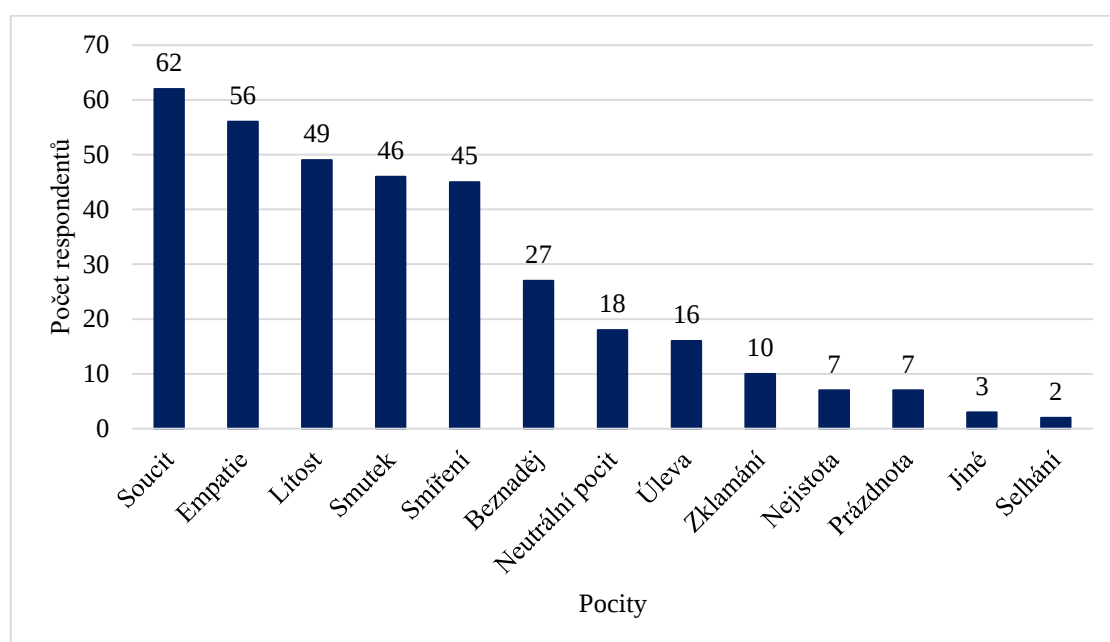
4. Proškolení v paliativní péči



Graf 4: Proškolení v paliativní péči

Graf číslo 4 informuje o proškolení respondentů v paliativní péči. Respondenti měli možnost více odpovědí. 67 respondentů uvádí, že byli proškoleni v rámci studia, 59 respondentů absolvovalo proškolení v rámci celoživotního vzdělání, 17 respondentů proškoleny nebylo a 1 respondent uvedl jiné (školení v kurzu ELNEC).

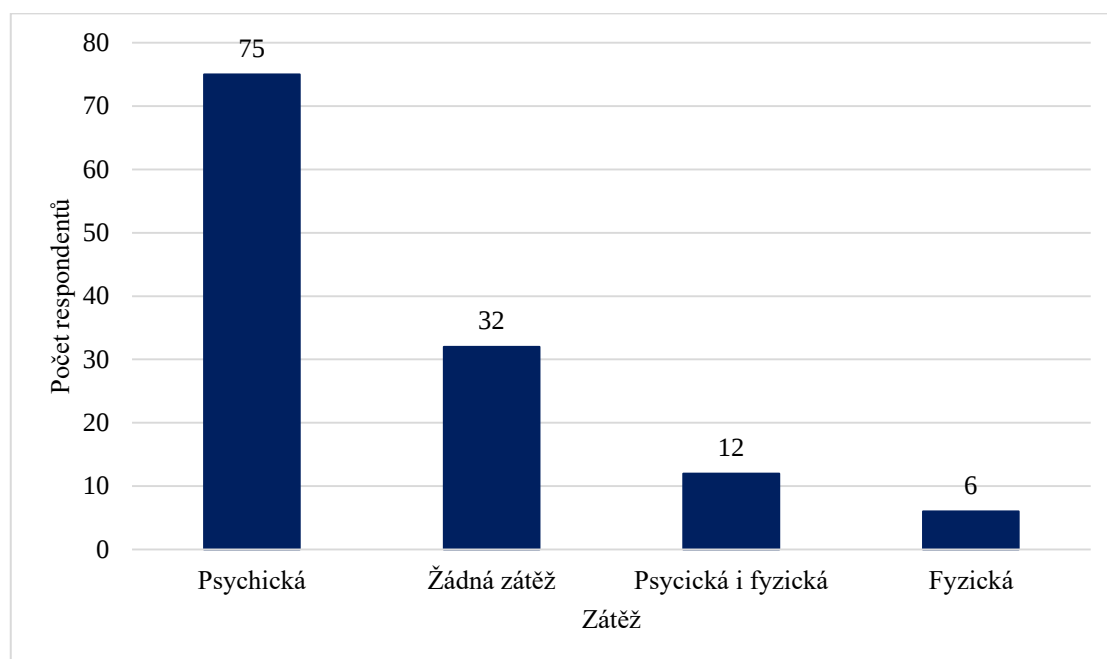
5. Převažující pocity respondentů při ošetřování umírajícího pacienta



Graf 5: Pocity respondentů

Graf číslo 5 popisuje, jaké pocity mají respondenti během péče o umírajícího pacienta. Většina respondentů uváděla více pocitů. 62 respondentů udává soucit, 56 respondentů cítí empatii, 49 respondentů zaškrtnulo lítost, 46 respondentů udává smutek, 45 respondentů cítí smíření, 27 respondentů pociťuje beznaděj, 18 respondentů udává neutrální pocit, 16 respondentů cítí úlevu, 10 respondentů pociťují zklamání, 7 respondentů udává nejistotu a stejný počet respondentů cítí prázdnotu. 2 dotázaní cítí selhání a 3 respondenti uvádí jiné pocity. Pocity hněvu a agrese nikdo neuvádí.

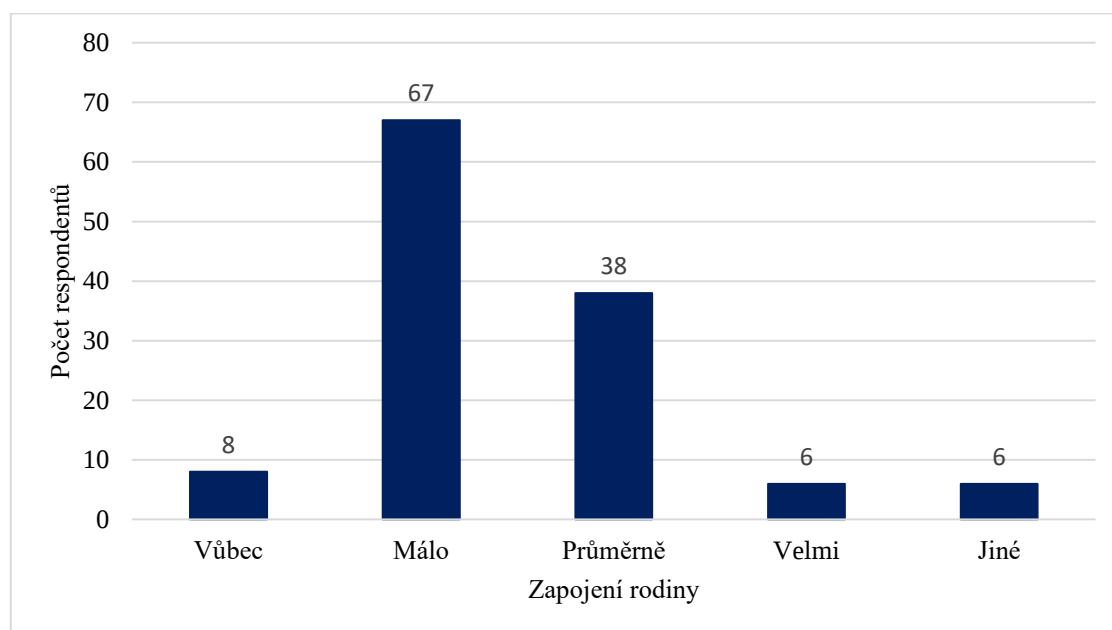
6. Převažující zátěž při péči o umírajícího pacienta



Graf 6: Zátěž respondentů

Graf 6 ukazuje na převažující zátěž, jakou respondenti cítí během péče o umírajícího pacienta. 75 (60 %) respondentů udává, že převažuje psychická zátěž, 32 (25 %) respondentů necítí žádnou zátěž, 12 (10 %) respondentů pociťují fyzickou i psychickou a 6 (5 %) respondentů pociťuje převážně fyzickou zátěž.

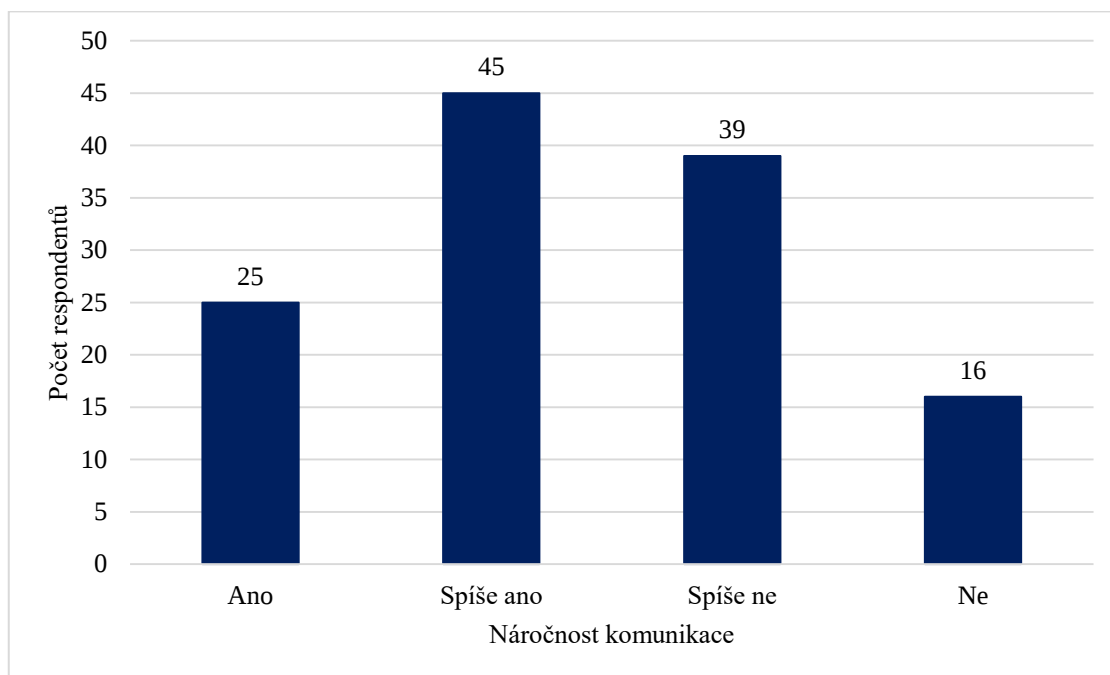
7. Míra zapojení rodiny do péče o umírajícího pacienta



Graf 7: Zapojení rodiny do péče

Graf 7 uvádí, do jaké míry se rodiny umírajícího pacienta zapojují do ošetrovatelské péče o pacienta. 8 (6 %) sester udává, že se rodina vůbec nezapojuje, 67 (54 %) sester uvádí, že se rodina zapojuje málo, 38 (30 %) uvádí, že se rodina zapojuje průměrně, 6 (5 %) sester udává, že se zapojují do péče velmi a 6 (5 %) uvádí jiné (až na výjimky, kdy je v rodině zdravotník vůbec, každá rodina je jiná, nejde to přesně definovat, tak z deseti rodin se zapojí rodiny dvě, každá rodina přistupuje jinak).

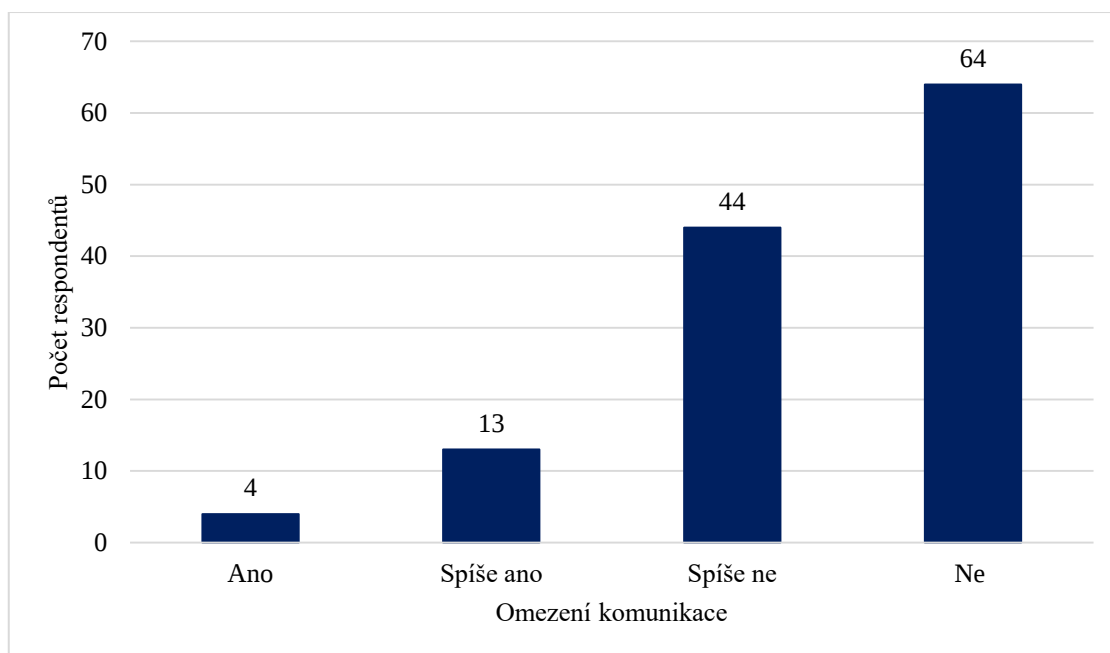
8. Náročnost komunikace s umírajícím pacientem



Graf 8: Náročnost komunikace s umírajícím pacientem

V grafu číslo 8 vidíme, že 70 (56 %) sester považuje komunikaci s umírajícím pacientem náročnější než komunikaci s běžným pacientem. 55 (44 %) sester uvádí, že komunikace s umírajícím pacientem pro ně není náročnější než komunikace s běžným pacientem.

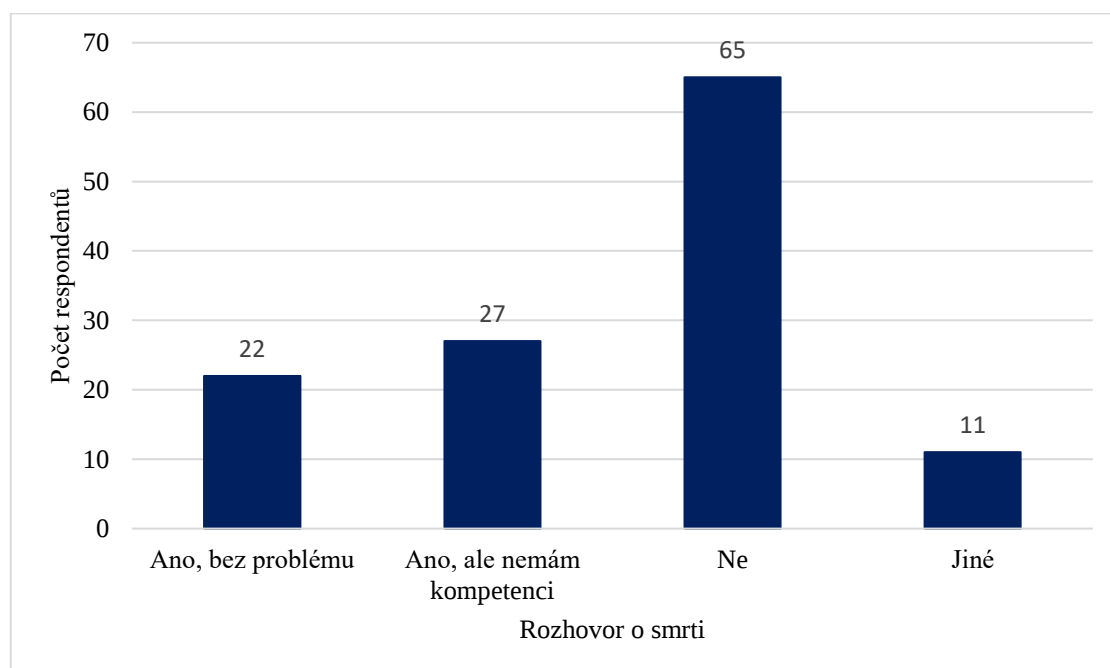
9. Omezení komunikace s umírajícím pacientem



Graf 9: Omezení komunikace s umírajícím pacientem

Ze 125 respondentů (100 %) 17 (14 %) omezuje komunikaci s umírajícím pacientem a 108 (86 %) sester komunikaci s umírajícím klientem neomezuje.

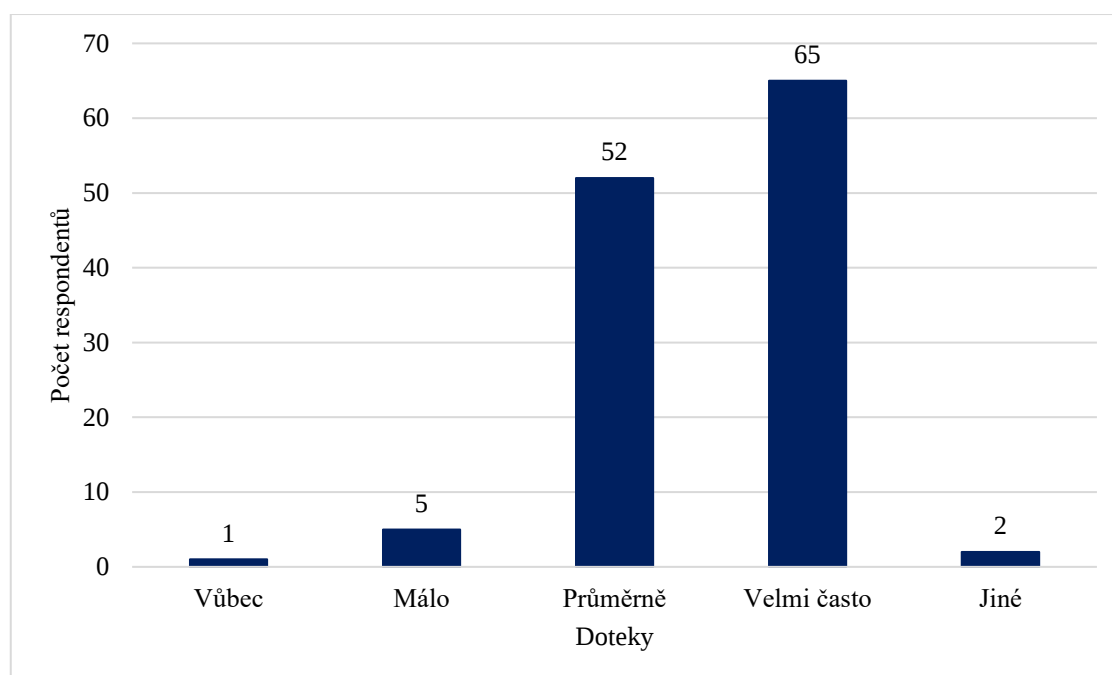
10. Rozhovor s umírajícím pacientem o smrti



Graf 10: Rozhovor o smrti s umírajícím pacientem

Graf č. 10 popisuje, zda respondenti vedou s umírajícím pacientem rozhovor na téma smrt. 22 (18 %) respondentů vede rozhovor s pacientem bez problému, 27 (21 %) respondentů rozhovor o smrti vedou, ale necítí se k tomu kompetentní, 65 (52 %) respondentů rozhovor o smrti s pacientem nevede a 11 (9 %) respondentů uvedlo v možnosti jiné, že záleží na pacientovi, nebo že, s pacientem není možné mluvit.

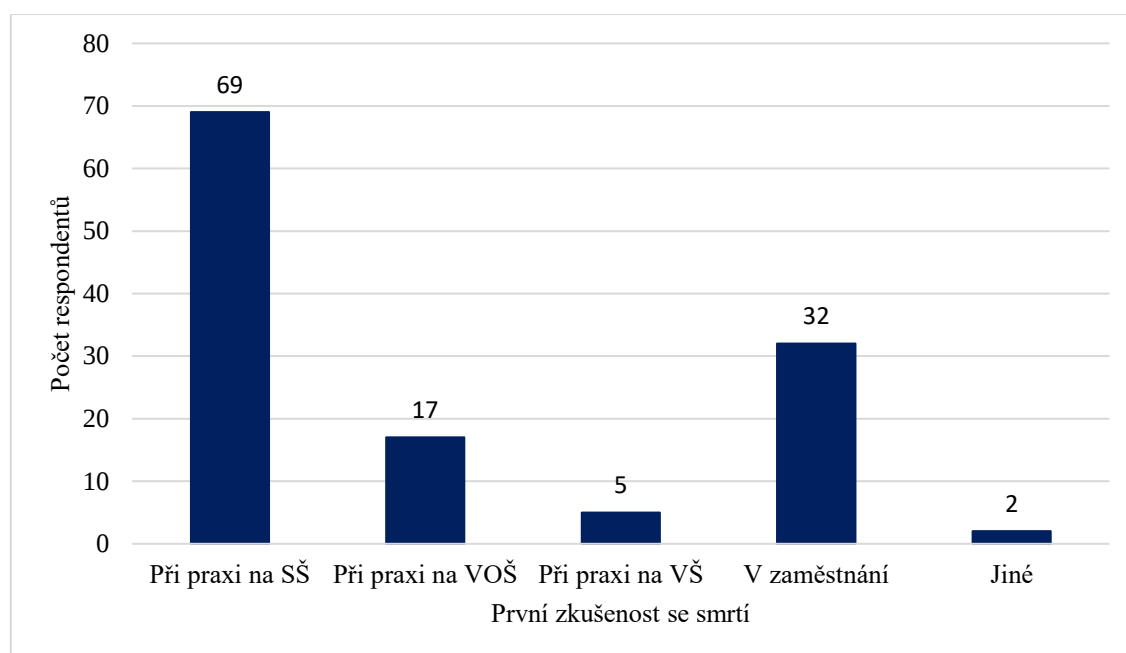
11. Využívání doteků v péči o umírajícího



Graf 11: Využívání doteků

Graf číslo 11 informuje, jak moc respondenti používají při neverbální komunikaci s umírajícím pacientem doteky. 1 respondent (1 %) je nepoužívá vůbec, 5 (4 %) respondentů používá doteky málo, 52 (41 %) používá doteky průměrně, 65 (52 %) používá doteky velmi často a 2 (2 %) respondenti uvádí jiné (podle potřeby).

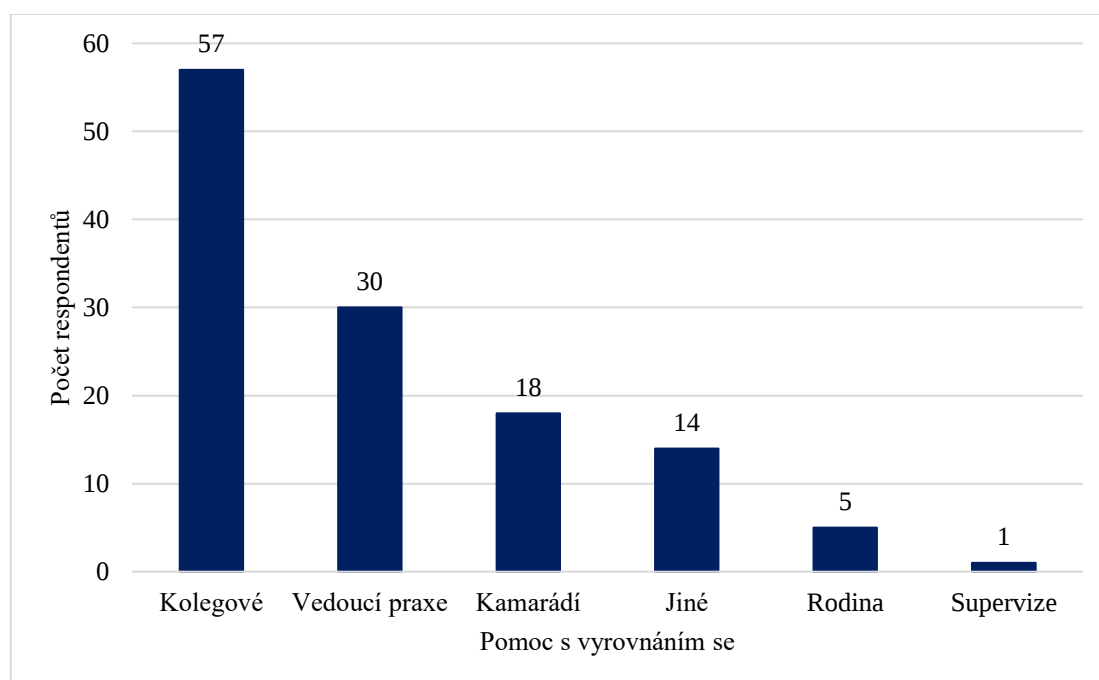
12. První zkušenost se smrtí



Graf 12: První zkušenosti se smrtí pacienta

Ze 125 respondentů 69 (55 %) respondentů uvedlo, že se poprvé se smrtí setkala během praxe na střední škole, 17 (14 %) respondentů se poprvé setkala se smrtí během praxe na vyšší odborné škole, 5 (4 %) respondentů při praxi na vysoké škole, 32 (25 %) respondentů v zaměstnání a 2 (2 %) respondenti uvedli jiné (brigáda, rodina).

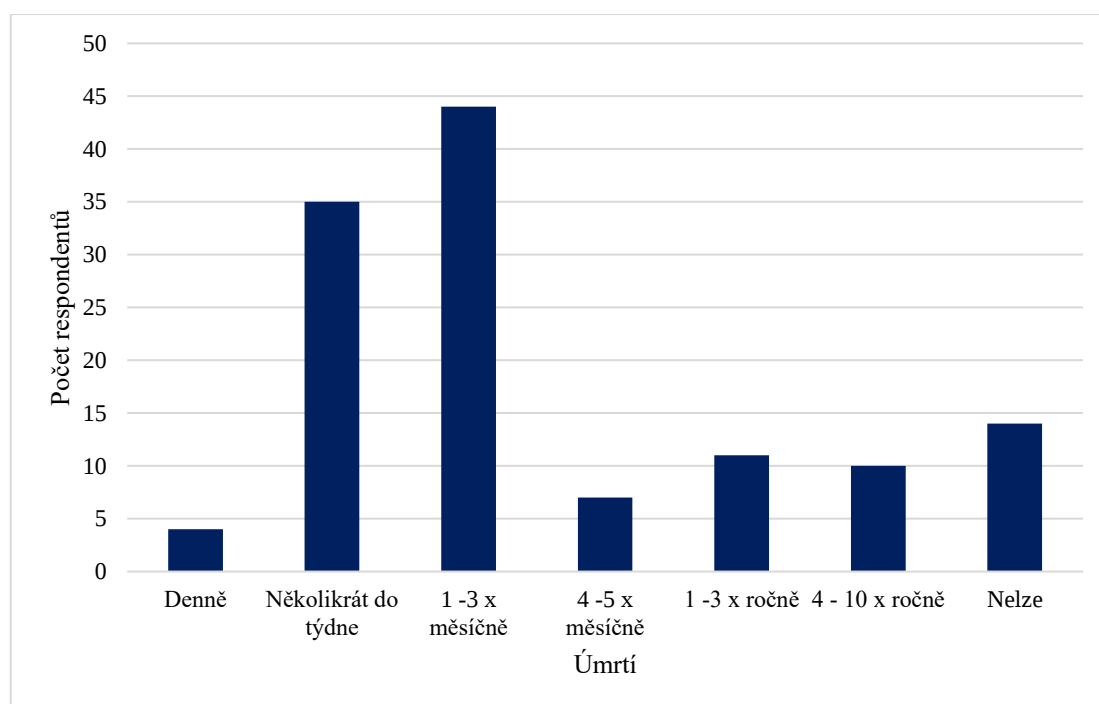
13. Pomoc s vyrovnáním se smrtí pacienta při první zkušenosti



Graf 13: Pomoc s vyrovnáním se smrtí pacienta při prvním setkáním

Graf číslo 13 uvádí, kdo pomohl respondentům vyrovnat se s prvním setkáním se smrtí pacienta. 57 (46 %) respondentů uvádí, že jim pomohli kolegové, 30 (24 %) respondentů udává vedoucí praxe, 18 (14 %) respondentů uvádí kamarádi, 5 (4 %) respondentů uvádí, že rodina, 1 (1 %) respondent uvádí, že mu pomohla supervize a 14 (11 %) uvádí jinou možnost (11 uvádí nikdo a 3 uvádí personál z oddělení).

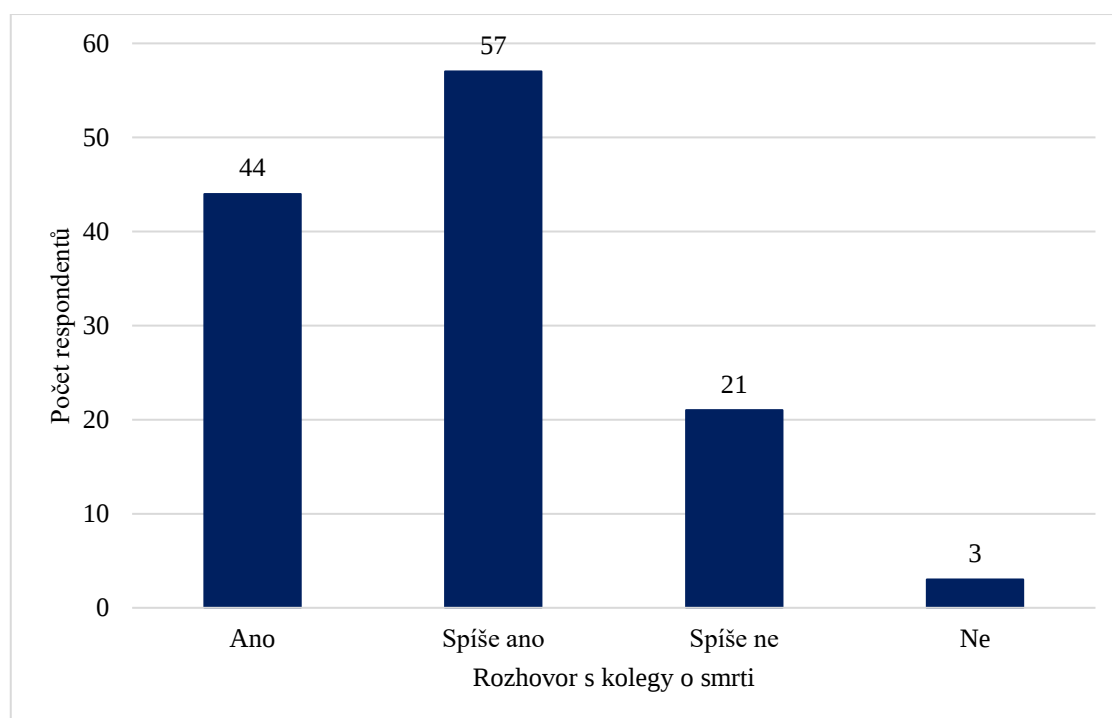
14. Úmrtí na oddělení



Graf 14: Úmrtí na oddělení

Graf číslo 14 zobrazuje frekvenci úmrtí na oddělení. 4 (3 %) respondenti uvádí, že na jejich oddělení pacienti umírají denně, 35 (28 %) respondentů uvádí několikrát do týdne, 44 (35 %) respondentů uvádí, že k úmrtí dochází 1-3 x měsíčně, 7 (6 %) respondentů uvádí četnost 4-5 x měsíčně, 11 (9 %) respondentů uvádí, že 1 – 3 x ročně, 10 (8 %) respondentů uvádí četnost 4-10 x ročně a 14 (11 %) respondentů odpovědělo nelze určit.

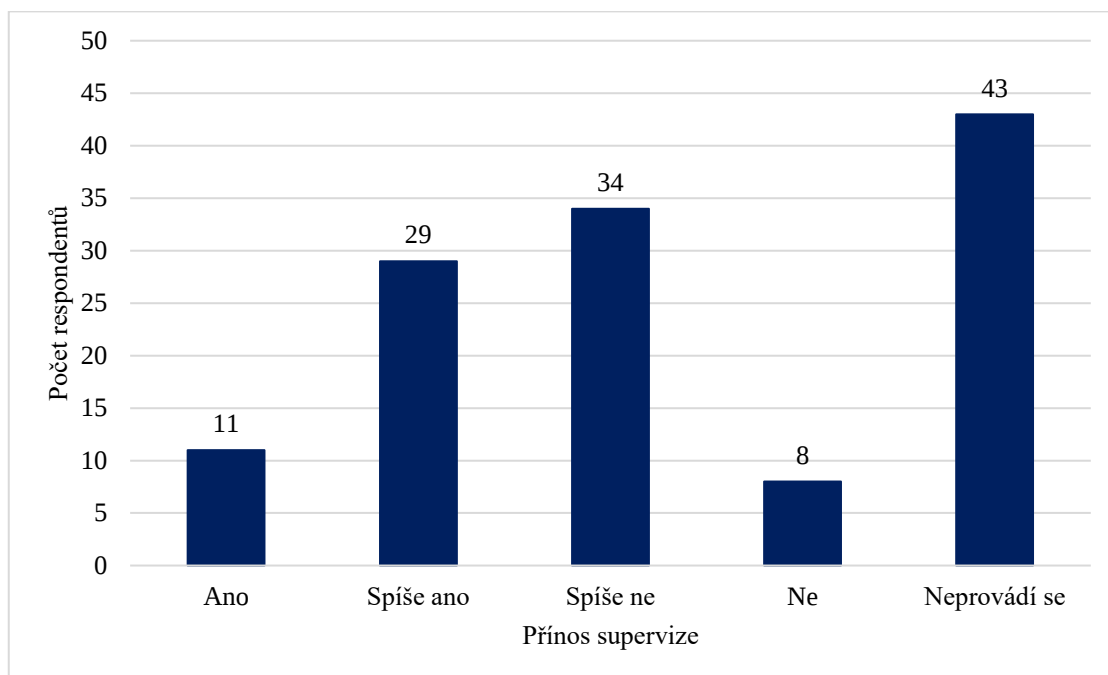
15. Rozhovor s kolegy o smrti pacientů



Graf 15: Rozhovor s kolegy o smrti pacientů

Ze 125 (100 %) respondentů uvedlo 101 (81 %), že smrt pacientů s kolegy rozebírá (varianty ano a spíše ano) a 24 (19 %) respondentů smrt pacientů s kolegy nerozebírá (varianty ne a spíše ne – viz graf 15).

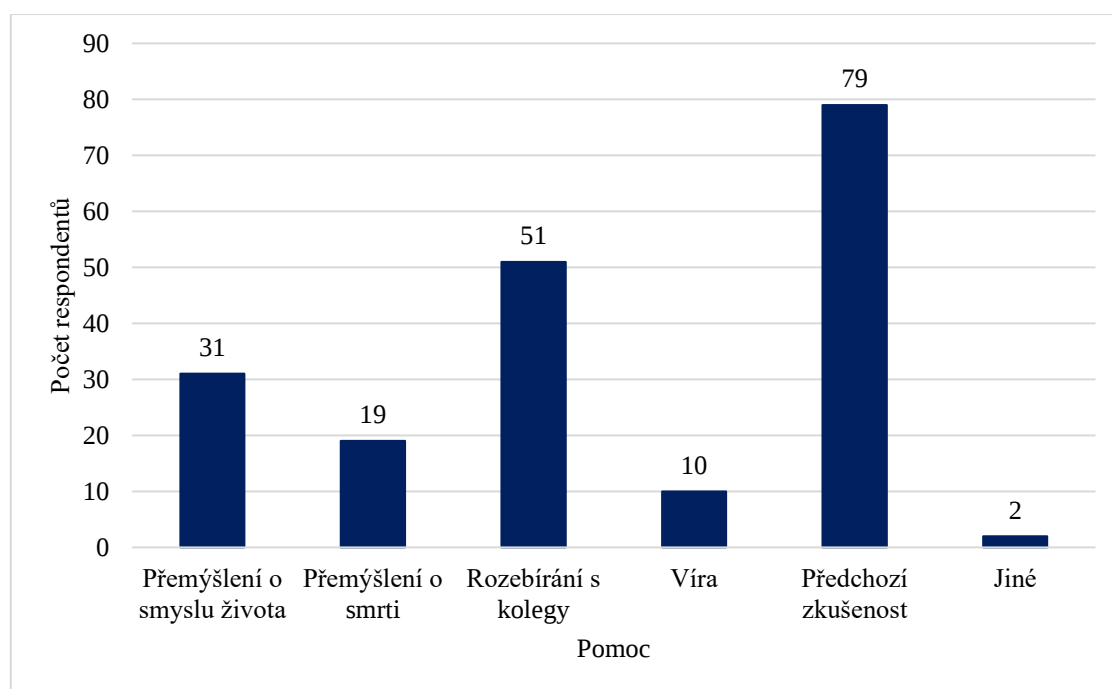
16. Přínos supervize při vyrovnání se smrtí



Graf 16: Přínos supervize při vyrovnání se smrtí pacienta

V grafu číslo 16 vidíme, že 11 (9 %) respondentů vidí přínos supervize při vyrovnání se se smrtí na oddělení, 29 (23 %) respondentů spíše vidí přínos supervize, 34 (27%) spíše přínos supervize nevidí, 8 (6 %) přínos supervize ve vyrovnání se se smrtí nevidí a 43 (35 %) uvádí, že se na jejich oddělení supervize neprovádí. U odpovědi ne, měli respondenti uvést, proč nevidí přínos v supervizi. Pouze 3 respondenti uvedli důvod, a to: „*zkušenost se špatným supervizorem*“, „*je to záležitost osobnosti člověka*“ a „*toto téma na supervizi neprobíráme*“.

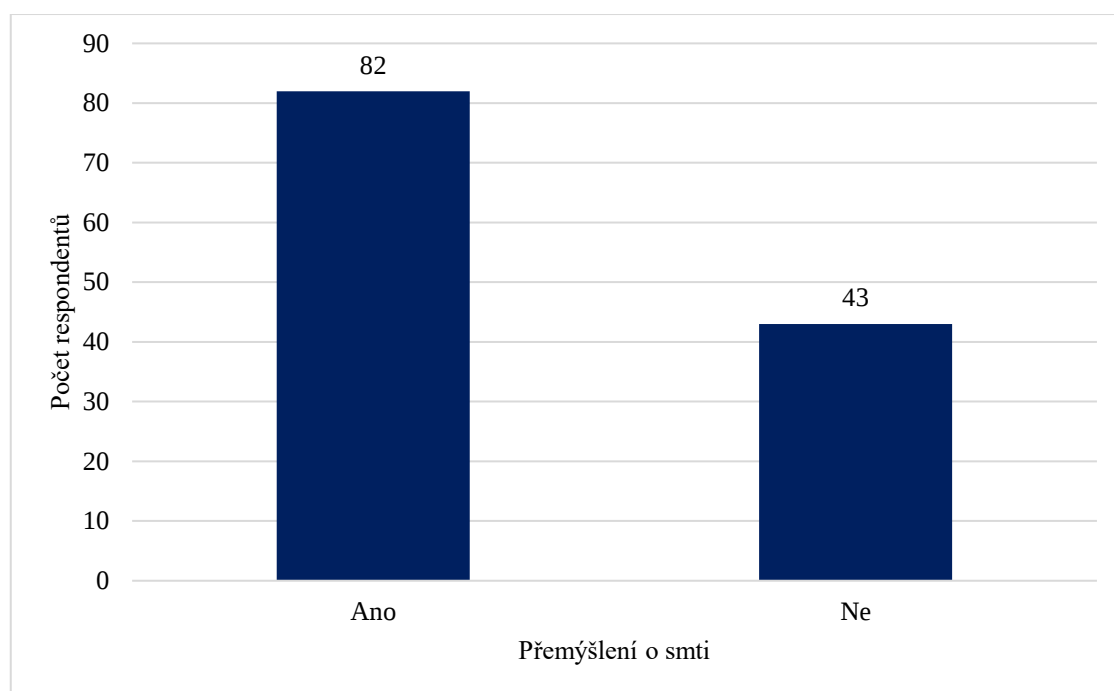
17. Co pomáhá sestrám při vyrovnání se se smrtí pacienta



Graf 17: Pomoc vyrovnání se se smrtí pacienta

Na otázku, co respondentům pomáhá při vyrovnání se se smrtí pacienta, měli možnost více odpovědí. 31 respondentů uvádí, že jim pomáhá přemýšlení o smyslu života, 19 respondentů uvádí, že jim pomáhá přemýšlení o smrti, 51 respondentů uvádí rozhovor s kolegy, 10 respondentů uvádí věru, 79 respondentů uvádí předchozí zkušenosti a 2 respondenti uvádí jiné (rodina a musí to tak být).

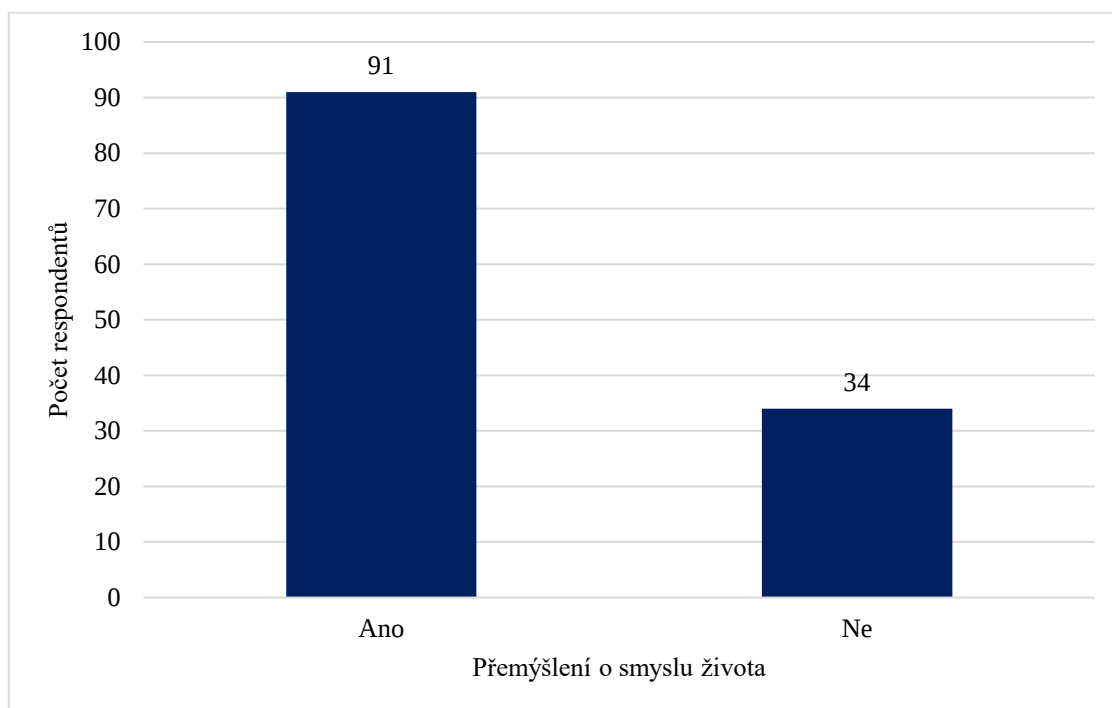
18. Přemýšlení o smrti



Graf 18: Přemýšlení o smrti

V této otázce jsem se ptala, jestli smrt pacienta nutí respondenty přemýšlet o smrti. 82 (66 %) respondentů odpovědělo ano a 43 (34 %) respondentů odpovědělo ne.

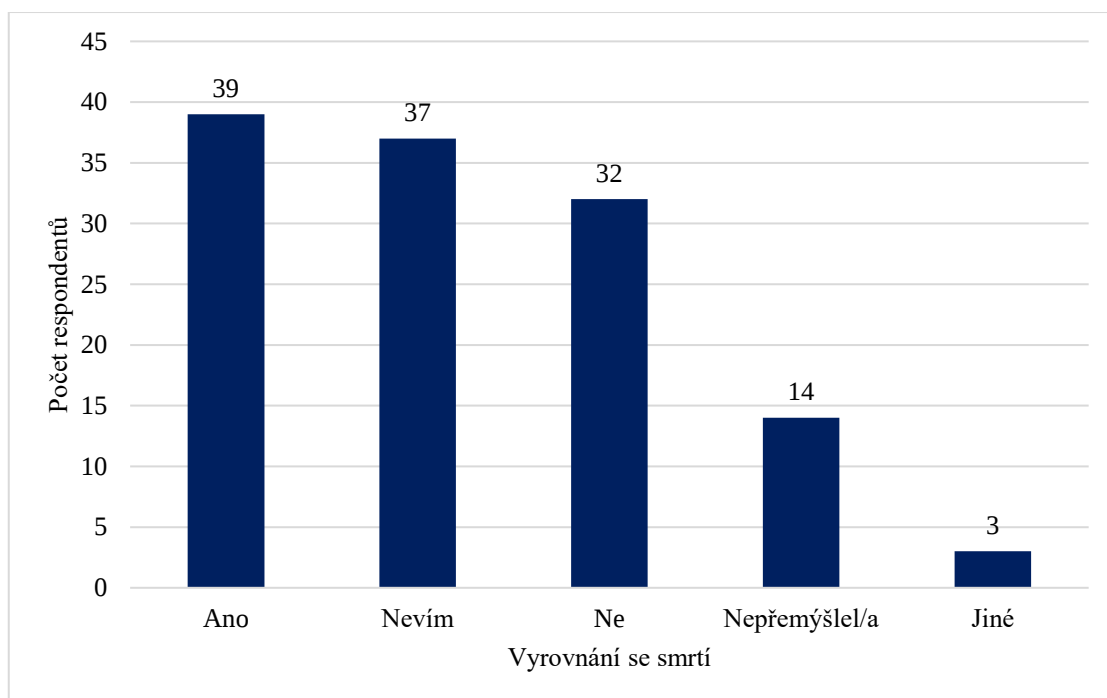
19. Přemýšlení o smyslu života



Graf 19: Přemýšlení o smyslu života

U této otázky jsem se ptala, zda smrt pacienta nutí respondenty přemýšlet o smyslu života. 91 (73 %) respondentů odpovědělo ano a 34 (27 %) respondentů odpovědělo ne.

20. Vyrovnání se svou smrtí



Graf 20: Vyrovnání se se svou smrtí

Graf číslo 20 informuje, zda jsou respondenti vyrovnáni se svou smrtí. 39 (31 %) respondentů uvádí ano, 32 (26 %) uvádí ne, 37 (30 %) respondentů neví, 14 (11 %) o tom nepřemýšlelo a 3 (2 %) uvádí jiné („při myšlence na vlastní smrt mám záchvaty“, „nelze definovat“, „ne zcela“).

2.7 Diskuze

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat míru zátěže sester při ošetřování umírajících a péči o zemřelé.

Celému výzkumu předcházelo studium literatury, internetových odkazů a dalších jiných zdrojů, které pomohly objasnit a lépe pochopit problematiku umírání a smrti pacientů. Všechny tyto aspekty vedly ke stanovení cíle a sestavení otázek do dotazníkového šetření. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 125 respondentů, z nichž 81 respondentů vyplnilo dotazníkové šetření pomocí internetové aplikace survio.cz a 44 respondentů vyplnilo dotazníkové šetření papírovou formou v Nemocnici Havlíčkův Brod. Výsledky mé bakalářské práce jsem porovnávala s bakalářskými pracemi na podobné téma. Z Vysoké školy polytechnické Jihlava jsem porovnávala bakalářskou práci „Etika umírání a smrti“ z roku 2016 od Lenky Danielové (Danielová, 2016), dále jsem porovnávala s prací „Smrt a umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků na interním oddělení“ z roku 2016 od Moniky Snozové z Masarykovy university (Snozová, 2016).

Cíl práce: Zmapovat míru zátěže sester při ošetřování umírajících a péči o zemřelé

K cíli se vztahují tři výzkumné otázky.

1. výzkumná otázka: Jaký typ pocitů a zátěže u sester ošetřujících umírajícího pacienta převažuje?

K této výzkumné otázce se vztahují čtyři otázky z dotazníkového šetření 3, 5, 6, 7

V otázce číslo 3 měli respondenti odpovědět, kdy poprvé pečovali o umírajícího člověka. Většina (tj. 55 %) respondentů poprvé pečovala o umírajícího během praxe na střední škole, u velkého počtu respondentů (tj. 27 %) následovalo zaměstnání. Zbytek respondentů se s touto péčí setkal během praxe na vyšší odborné škole (11 %), na vysoké škole (4 %) nebo v rodině (2 %).

Otázka číslo 5 zjišťovala, jaké pocity u respondentů převažují při ošetřování umírajícího pacienta. Respondenti měli na výběr 15 pocitů a měli možnost vybrat si více odpovědí. U nejvíce respondentů převažuje soucit (62 respondentů), potom následuje empatie (56 respondentů), dále pak lítost (46 respondentů), smíření (45) a beznaděj (27 respondentů).

18 respondentů uvádělo neutrální pocit. V menší míře byly uváděny pocity úlevy (16 respondentů), zklamání (10 respondentů), nejistoty (7 respondentů), prázdnoty (7 respondentů), selhání (2 respondenti). 3 respondenti uvedli jiné pocity, než byly v nabídce. Uvedli, že záleží na pacientovi, na jeho věku a prognóze.

V otázce číslo 6 se zjišťovalo, jaká zátěž převažuje při péči o umírajícího pacienta. Nejvíce u sester převažuje zátěž psychická, a to u 60 % respondentů, fyzickou zátěž pociťuje pouhých 5 % respondentů. Psychickou i fyzickou zátěž uvedlo 10 % respondentů a 25 % respondentů během péče o umírajícího pacienta žádnou zátěž nepociťuje. V porovnání s podobnou otázkou Danielové, která se ptala na zátěž při péči o umírajícího pacienta, byly výsledky podobné (Danielová, 2016).

Otázka číslo 7 zjišťovala, jak se podle respondentů zapojuje rodina umírajícího do ošetrovatelské péče. Většina respondentů (54 %) odpovědělo málo, třetina respondentů (30 %) odpovědělo průměrně. V menší míře (6 %) odpovědělo, že se nezapojují vůbec, nebo naopak (5 %), že se zapojují velmi.

Z výsledků dotazníkového šetření vidíme, že sestra nejvíce pociťuje psychickou zátěž, protože péče o umírajícího pacienta je velice stresující zážitek. Proto je velice důležité, aby sestra dbala na své vlastní potřeby, aby se uměla uvolnit, relaxovat atd. (Peate, 2010).

2. výzkumná otázka: Jak se sestra vyrovnává s úmrtím pacienta?

K této otázce se vztahují položky z dotazníku 12, 13, 14, 15, 16, 17.

V otázce číslo 12 se zjišťovalo, kdy respondenti se poprvé setkali se smrtí v nemocnici. Víc jak polovina (55 %) respondentů se poprvé setkali se smrtí na střední škole, 25 % respondentů v zaměstnání a 14 % na vyšší odborné škole. Na vysoké škole pouhé 4 % a 2 % uvedlo jinou odpověď („rodina“, „brigáda“). Výsledky jsou obdobné jako u péče o umírajícího v otázce číslo 3.

Otázka číslo 13 zjišťovala, kdo respondentům pomohl při prvním kontaktu se smrtí pacienta. Nejvíce respondentů (46 %) odpovědělo, že jim při prvním setkání se smrtí pomohl/a kolega/kolegyně. Dále téměř čtvrtině respondentů (24 %) pomohl/a vedoucí praxe a 14 % uvedlo své kamarády. Méně častými odpověďmi bylo, že nikdo, sami, další personál z oddělení nebo supervize. Tuto otázku jsem položila hlavně proto, abych zjistila, kdo respondenty nejvíce podpořil při této náročné životní situaci.

V otázce číslo 14 se zjišťovala frekvence kontaktu se smrtí na odděleních, kde respondenti pracují. Nejčastější odpovědi (35 %) bylo 1 – 3 x měsíčně a několikrát za týden (28 %). V menší míře respondenti odpovídali 1 – 3 x ročně (9 %), 4 – 10 x ročně 8 % respondentů, 4 – 5 x měsíčně 6 % respondentů a 3 % se setkávají se smrtí denně. Zbylých 11 % odpovědělo, že počet nelze určit.

Otázka číslo 15 zjišťovala, jestli respondenti sdělují svým kolegům na oddělení svoje pocity spojené se smrtí pacientů. 81 % respondentů sdělují své pocity kolegům a 19 % respondentů uvedlo, že své pocity s kolegy nesdílí.

V otázce číslo 16 se zjišťovalo, zda respondenti vidí přínos supervize při vyrovnání se smrtí. 32 % respondentů přínos supervize vidí, 33 % nevidí a 35 % odpovědělo, že se u nich supervize neprovádí.

Poslední otázka k této výzkumné otázce je číslo 17, ve které jsem se ptala respondentů, co jim konkrétně pomáhá vyrovnat se se smrtí pacienta. Ukázalo se, že nejvíce respondentům pomáhá s vyrovnáním předchozí zkušenost (79), kterou získali během své praxe, dále pak jim ve velké míře pomáhá rozhovor s kolegy (51 respondentů). 31 respondentů uvedlo, že jim dále pomáhá přemýšlení o smyslu života, 19 respondentům pomáhá přemýšlení o smrti a 10 respondentů hledá pomoc ve víře. Tuto otázku jsem porovnávala s podobnou otázkou Snozové, která se ptala, zda se sestry s přibývajícím praxí vyrovnávají lépe se smrtí pacienta. Z jejího šetření vyšlo, že s přibývajícím zkušenostmi se sestry lépe vyrovnávají se smrtí (Snožová, 2016).

Každá sestra má své specifika na vyrovnání se se smrtí pacienta, ale z dotazníkového šetření vyšlo, že sestrám nejčastěji pomáhá kolega/kolegyně, ať rozhovorem, kdy si navzájem předávají informace a pocity ze svých zkušeností, tak i pouhou přítomností. Je důležité, aby sestry byly schopné se vyrovnat se ztrátou pacienta, protože tato zátěž může vést k syndromu vyhoření.

3. výzkumná otázka: Jak sestry vnímají komunikaci s umírajícím pacientem?

K této otázce se vztahují položky 8, 9, 10 a 11.

Položka číslo 8 zjišťovala, jestli je pro sestry komunikace s umírajícím pacientem náročnější než komunikace s ostatními pacienty. Z dotazníkového šetření vyšlo, že víc jak polovina respondentů (56 %) pociťuje tuto komunikaci za více náročnou a naopak

44 % uvedlo, že komunikace s umírajícím není pro ně náročnější než komunikace s ostatními pacienty.

9. otázka zjišťovala, jestli respondenti omezují komunikaci s umírajícím pacientem. Většina sester (86 %) odpovědělo, že komunikaci s pacientem neomezují a 14 % sester uvedlo, že komunikaci omezují. Výsledky této otázky mě velice překvapily, protože během své praxe na škole jsem se mnohokrát setkala se situací, kdy sestry komunikaci evidentně omezovaly.

Položka číslo 11 se zabývala tématem smrti při rozhovoru s umírajícím pacientem. Zda respondenti mluví s umírajícím pacientem o tématu smrti. Víc jak polovina (52 %) respondentů uvedla, že rozhovor na toto téma s pacientem nevedou, 21 % respondentů s pacientem mluví o smrti, ale necítí se k tomu kompetentní, 18 % respondentů uvedlo, že jim téma smrti nedělá problém a 9 % respondentů uvedlo, že záleží na jiných okolnostech (individualita pacienta, zdravotní stav). Tuto položku jsem porovnávala s podobnou otázkou Danielové, která se ve své práci ptala na schopnost hovořit o tématu smrti s umírajícím pacientem. Naše výsledky šetření se trochu liší. Z 90 (100 %) respondentů uvedlo 44 %, že se v rozhovoru na téma smrt necítí dobře, ale mluví o ní, 39 % mluví o smrti bez problému a 17 % se snaží tématu vyhnout (Danielová, 2016).

Z porovnání s bakalářskou prací Danielové vyplývá, že sestry neradi mluví s umírajícími pacienty o smrti (Danielová, 2016). Jak uvádí Heřmanová, sestra se nikde neučí, jak komunikovat s umírajícím pacientem na toto téma (Heřmanová, 2012).

Výsledky vztahující se ke komunikaci s umírajícím pacientem mě nepřekvapily. Sama mám problém komunikovat s pacientem na téma smrt. Komunikaci s umírajícím pacientem se nikdo nikde nenaučí. Řešení tohoto problému bych viděla převážně v předávání si zkušenosti v této problematice, které sestra získá během své praxe.

4. výzkumná otázka: Jaký má vliv smrt pacienta na sestru?

K této otázce se vztahují položky z dotazníkového šetření 18, 19, 20.

Otázka číslo 18 zjišťovala, zda smrt pacienta nutí respondenta přemýšlet o smrti. Víc jak polovina respondentů (66 %) přemýšlela o smrti a 34 % respondentů ne.

V otázce číslo 19 se ~~zas~~ zjišťovalo, zda smrt pacienta nutí přemýšlet respondenta o smyslu života. Většina respondentů (tj. 73 %) přemýšlela nad smyslem života a 27 % respondentů ne.

Poslední otázka zjišťovala, zda jsou respondenti vyrovnáni se svou smrtí. Třetina respondentů (tj. 30 %) neví, 31 % respondentů je se svou smrtí vyrovnáno, 26 % respondentů není, 11 % respondentů o své smrti nepřemýšlelo a 2 % uvedlo neurčitě odpovědi.

Díky této výzkumné otázce, jsem zjistila, že sestry jsou ovlivněny smrtí pacienta více, než běžný člověk, který se se smrtí tak často nesetká.

2.8 Návrh řešení a uvedení do praxe

Cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit míru zátěže, kterou pociťují všeobecné sestry během ošetřování umírajícího pacienta a při jeho smrti. Z výzkumu vyšlo, že nejvíce pociťují psychickou zátěž, která ovlivňuje nejen jejich práci, ale i pohled na život a smrt. Dále z mého výzkumu vyšlo, že k prvnímu kontaktu s umírajícím pacientem a se smrtí pacienta dochází většinou už na střední škole během praxe. Zároveň komunikace s umírajícím pacientem je pro většinu všeobecných sester těžší, než komunikace s běžným pacientem. Podle mého názoru zvládnutí těchto náročných situací je možné zlepšit dostatečným vzděláváním sester v této problematice i různými formami podpory během jejich praxe.

První oblastí, kde je potřeba zvyšovat znalosti a dovednosti všeobecných sester o ošetřování umírajících je zajisté jejich kvalifikační vzdělávání. Můj návrh řešení této oblasti by začínal už u přípravy studentů na praxi. Doporučovala bych posílit výuku v odborných předmětech se zaměřením na teoretické poznatky i praktické dovednosti v této problematice. Zvláště komunikační dovednosti s umírajícími a zvládnutí stresových situací jsou velice důležitá témata.

Druhá oblast se týká celoživotního vzdělávání. Zde navrhuji například různé semináře a kurzy od zkušených odborníků v této problematice, kteří by radili všeobecným sestráům, jak se chovat, jak se vyrovnat s pocity, jak komunikovat, jak se bránit syndromu vyhoření.

Další řešení bych viděla v možnosti využívání služeb psychologa a supervize. Všeobecné sestry by měly neustále k dispozici psychologa, s kterým by měly možnosti konzultovat vzniklou situaci. Také supervize má velký význam při získání náhledu a na řešení obtížných situací, kterým bezesporu umírání i smrt jsou. Při supervizi si spolupracovníci vyměňují zkušenosti, pomáhají si v řešení určitých situací, vidí, že v tom nejsou sami, podporují se apod.

Při zvládnutí stresu by mohla všeobecným sestráům pomoci také psychohygiena, která posiluje jejich duševní i psychickou stránku, posiluje sebevědomí, pomáhá v sebepoznání i v oblasti zdravého životního stylu. Psychohygiena je také prevencí syndromu vyhoření. Dále mezi prevencí syndromu řadíme i relaxaci, uvolnění, dostatečný tělesný i duševní odpočinek a další metody na snížení stresu.

Do budoucna bych navrhovala další podrobnější šetření na toto téma, které by šlo více do hloubky problematiky. Myslím, že vliv smrti a umírání na sestry je v dnešní době opomíjená a nevěnuje se jí dostatečná pozornost.

2.9 Závěr

Moje závěrečná práce s názvem “Smrt a umírání očima sestry “ se zaměřuje převážně na zátěž, kterou všeobecné sestry pociťují během ošetrovatelské péče o umírajícího pacienta a o zemřelého.

Svou práci jsem rozdělila na dvě části: teoretickou část a praktickou. V teoretické části jsem se pokusila vysvětlit pojmy smrt a umírání a zaměřila jsem se na potřeby umírajícího pacienta i rodinných příslušníků. Také jsem popsala specifika komunikace mezi všeobecnou sestrou a umírajícím pacientem nebo rodinou. Další oddíly teoretické části byly věnovány problematice smrti, péči o mrtvé tělo, péči o pozůstalé, paliativní a hospicové péči.

V praktické části jsem vyhodnotila dotazníkové šetření, které jsem prováděla u všeobecných sester několika oddělení. Měla jsem stanovené čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka se zabývala zátěží a pocity všeobecných sester, které pociťují během ošetrování umírajících pacientů. Z dotazníkového šetření vyšlo, že většina všeobecných sester během ošetrovatelské péče o umírajícího pacienta pociťuje soucit, empatii a lítost. Tyto pocity mohou být zdrojem psychické zátěže, kterou všeobecné sestry při ošetrování těchto pacientů ve velké míře pociťují.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na vyrovnání se se zátěží, které jsou všeobecné sestry vystaveny. Zjišťovala jsem, co nejvíce všeobecným sestrám pomáhá. Z výzkumu vyšlo, že jim nejvíce pomáhá předchozí zkušenost a rozhovor s kolegyní nebo kolegou. Při prvním kontaktu se smrtí, který u většiny respondentů proběhl na střední škole, jim nejvíce pomohli kolegové a vedoucí praxe.

Třetí výzkumná otázka se zaměřila na komunikaci sester s umírajícím pacientem. Zjistila jsem, že většina respondentů tuto komunikaci vnímá více náročnou než komunikaci s jiným pacientem, ale i přesto komunikaci s umírajícím pacientem neomezují.

Poslední výzkumná otázka se zabývala vlivem smrti pacienta na všeobecné sestry. Ze šetření jsem zjistila, že je smrt pacienta vede k přemýšlení o smrti i o životě, ale se svou smrtí je vyrovnána jen část.

Z výsledků výzkumu jsem zjistila, že všeobecné sestry jsou touto problematikou hodně ovlivněny, hlavně co se týká psychické zátěže. Bohužel, se k této problematice věnuje málo pozornosti a nové začínající všeobecné sestry neví, jak si poradit se smrtí pacienta, jak se s ní vyrovnat.

V závěru praktické části jsem uvedla několik doporučení pro praxi, která by mohla pomoci s touto situací. Tato doporučení zahrnovala převážně zvýšení informovanosti všeobecných sester v problematice umírání v rámci kvalifikačního i celoživotního vzdělávání.

Seznam použité literatury

1. ANDRÉSOVÁ, M., SLEZÁKOVÁ L. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4341-7.
2. BURDA, P., ŠOLCOVÁ.L., *Ošetrovateľská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5334-8.
3. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
4. DANIELOVÁ, Lenka. *Etika umírání a smrti*. Jihlava, 2016. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
6. HEŘMANOVÁ, J. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.
7. KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
8. KELNAROVÁ, J. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4199-4.
9. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010-. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3270-1.
10. KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

11. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
12. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
13. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
14. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství 2. díl: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.
15. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3707-2.
16. NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 1. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3708-9.
17. PEATE, I. *Nursing care and the activities of living*. 2nd ed. Chichester, West Sussex: Blackwell Pub, 2010. ISBN 9781405194587
18. PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
19. SNOZOVÁ, Monika. *Smrt a umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků na interním oddělení*. Brno, 2016. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.
20. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
21. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

22. ŠPATENKOVÁ, N. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.
23. TOMEŠ, I. et al. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.
24. VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
25. VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

Seznam grafů

Graf 1: Oddělení	25
Graf 2: Délka praxe respondentů	26
Graf 3: Místo prvního kontaktu s umírajícím	27
Graf 4: Proškolení v paliativní péči	28
Graf 5: Pocity respondentů	29
Graf 6: Zátěž respondentů	30
Graf 7: Zapojení rodiny do péče	31
Graf 8: Náročnost komunikace s umírajícím pacientem	32
Graf 9: Omezení komunikace s umírajícím pacientem	33
Graf 10: Rozhovor o smrti s umírajícím pacientem	34
Graf 11: Využívání doteků	35
Graf 12: První zkušenosti se smrtí pacienta	36
Graf 13: Pomoc s vyrovnáním se smrtí pacienta při prvním setkáním.....	37
Graf 14: Úmrtí na oddělení.....	38
Graf 15: Rozhovor s kolegy o smrti pacientů	39
Graf 16: Přínos supervize při vyrovnání se smrtí pacienta.....	40
Graf 17: Pomoc vyrovnání se se smrtí pacienta	41
Graf 18: Přemýšlení o smrti.....	42
Graf 19: Přemýšlení o smyslu života.....	43
Graf 20: Vyrovnání se se svou smrtí	44

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Povolení k dotazníkovému šetření v Nemocnici Havlíčkův Brod

Seznam zkratek

adt. a tak dále

apod. a podobně

tj. to je

et. al. a další

např. například

č. číslo